Aus der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. K. Kochsiek

ERWARTUNGEN DES CHRONISCH KRANKEN BEI SEINER BEHANDLUNG IN DER ALLGEMEINPRAXIS

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

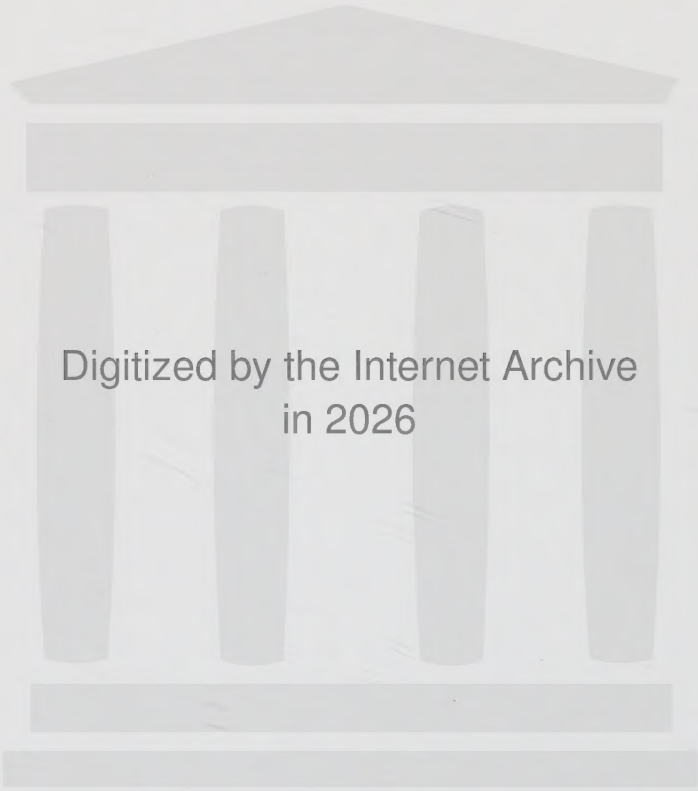
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Eva-Maria Härtig

aus Bad Mergentheim

Würzburg, den 24. Mai 1982


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543526_0044

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. K. Kochsiek

ERWARTUNGEN DES CHRONISCH KRANKEN BEI SEINER BEHANDLUNG IN DER ALLGEMEINPRAXIS

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Eva-Maria Härtig

aus Bad Mergentheim

Würzburg, den 24. Mai 1982

Referent: Prof.Dr. L. Maiwald

Korreferent: Prof. Dr. K. Kochsiek

Dekan: Prof.Dr. K.-A. Bushe

Tag der mündlichen Prüfung: 28.7.1982

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

MEINEN ELTERN

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Allgemeiner Teil	2
A	Was versteht man unter chronischer Krankheit?	2
B	Psychische Auswirkungen chronischer Organkrankheiten	5
a)	Reaktiv	5
b)	Habituell	7
c)	Gemeinschaft, Umwelt	10
C	Beeinflussungsmöglichkeiten chronischer Organkrankheiten	14
a)	Medikamentöse und diätetische Beeinflussungsmöglichkeiten	14
b)	Physikalische Beeinflussungsmöglichkeiten	15
c)	Verhaltenstherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten	16
d)	Psychotherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten	17
III.	Die Fragestellung	20
IV.	Patientengut, Methodik	21
A	Patientengut	21
a)	Persönliche Daten und Berufliches	21
b)	Krankengeschichte	21
B	Verfahren der Sammlung verwendeter Angaben	22
C	Beschreibung der Praxisbedingungen	23
D	Fragebogen	24
V.	Ergebnisse	28

Seite

A Ergebnisse der Vorauswertung von Unterlagen und allgemeinen Aussagen des Patienten über sich selbst 28

B Ergebnisse aus der Lebenslaufbeschreibung bis hin zum Krankheitseintritt 30

C Angaben über Behinderungen und Lebensveränderungen durch die Krankheit 32

a) Berufsleben 32

b) Zwischenmenschlicher Bereich 32

c) Persönlicher Bereich 34

D Ergebnisse zur Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit 35

E Angaben über Erwartungen gegenüber einer medikamentösen Behandlung 37

F Angaben über den Hilfsanspruch gegenüber dem behandelnden Arzt 39

G Zusammenfassung der Ergebnisse 42

VI. Diskussion 44

A Diskussion des Aufnahmeverfahrens 44

B Diskussion der Ergebnisse 45

a) Lebenslauf bis zum Krankheitseintritt 45

b) Behinderungen und Lebensveränderungen durch die Krankheit 46

c) Einstellung zur Krankheit 52

d) Medikament als Droge 56

e) Hilfe durch den Arzt 58

C Konsequenzen für die praktische Anwendung der Ergebnisse 62

VII. Allgemeine Zusammenfassung 63

VIII. Literatur 65

I. EINLEITUNG

Der chronisch Kranke stellt im Patientengut jeder Allgemeinpraxis eine Besonderheit dar. Zunächst, weil er über Jahre, unter Umständen Jahrzehnte, durch den gleichen Arzt behandelt wird bzw. behandelt worden ist. Zum anderen, weil durch die langjährige Behandlungsnotwendigkeit ein besonderes Verhältnis zwischen Patient und Arzt entsteht, welches sich niemals ganz in Form allgemein verbindlicher Parameter erfassen läßt, welches aber für den einzelnen ein wichtiger Teil s e i n e r Behandlung ist und deshalb eine besondere Leistung des Arztes an seinen Patienten voraussetzt.

In der vorliegenden Untersuchung wurde in Kenntnis der gemachten Einschränkung versucht, eine Charakteristik des chronisch Kranken in der Allgemeinpraxis zu geben. Aufbauend auf Vorinformationen und Lebenslauf bis zum Krankheitseintritt wurde untersucht, welche Behinderungen oder Veränderungen durch und aus der Krankheit nicht nur das Leben des Patienten entscheidend mitbestimmen, sondern vor allem auch seine Einstellung zu der ihn belastenden Krankheit. Von diesen klärenden Feststellungen ausgehend erfolgte dann eine Prüfung, welche Hilfe durch den Arzt von chronisch-Kranken am meisten geschätzt und erwartet wird.

II. ALLGEMEINER TEIL

A WAS VERSTEHT MAN UNTER CHRONISCHER KRANKHEIT?

A. GÖRRES beschreibt Krankheit als dysfunktionales oder abweichendes soziales Verhalten, als physikalisch-chemischen oder morphologisch faßbaren Prozeß, der nicht sein soll; Kranke stellt er als verdrängtes Problem unserer Gesellschaft dar.

Unsere Gesellschaft ist nahezu ausschließlich auf Gesundheit hin ausgerichtet, Gesundheit ist das erwünschte Gut, Krankheit das unerwünschte Übel. Dementsprechend erhält Krankheit ihren Stellenwert nur von der Gesundheit aus. Dem entspricht die WHO, indem sie zwar Gesundheit definiert ("Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, auf den der Mensch ein Grundrecht hat"), nicht aber Krankheit oder gar chronische Krankheit.

Was chronische Krankheit für einen Menschen persönlich bedeutet, bringt B. COSPERS, selbst an einer schweren chronischen Krankheit leidend, mit folgenden Worten zum Ausdruck: "Ich habe eine chronische Krankheit! Ich, die immer von fast grenzenloser Energie war und sprudelte vor Lebensfreude, ich habe eine chronische Krankheit. Ich bin wirklich nicht mehr ich selbst; ich bin immer müde, manchmal erschöpft. Das bin nicht mehr ich. Ich kann nicht einmal meine unmittelbare Zukunft planen, ich habe im Grunde genommen keine Kontrolle darüber".

H.S. ABRAM geht bei seinem Definitionsversuch vom psychologischen Aspekt aus; unabhängig von der Art der Erkrankung charakterisiert er die chronische Erkrankung durch die lang anhaltenden Konflikte, Änderungen und psychosozialen Situationen, denen sich der Erkrankte anpassen muß.

D.J. FELDMAN stimmt dieser Aussage im wesentlichen zu; er betrachtet eine chronische Erkrankung als eine gewaltige Herausforderung an das, was vorher eine brauchbare Anpassung an das Leben war.

Ein Teil dieser Herausforderung besteht nach W.P. WILSON in der Einschränkung der Aktivitäten sowohl hinsichtlich sozialer Kontakte als auch beruflicher Aufgaben, v.a. durch den Schmerz bedingt. Patienten mit chronischen Leiden schildern häufig einen mehr oder weniger dauernden Schmerz über einen langen Zeitraum, oder sie haben akute Schmerzanfälle, die aber vom Hintergrund eines anhaltenden, aber weniger heftigen Schmerzes überlagert sind.

B.J. LEONARD geht ganz objektiv von der Definition des Random-House-Dictionary aus, das "chronische als über längere Zeit andauernde, als bereits seit längerem bestehende Krankheit" beschreibt. So gesehen ist chronische Krankheit eine Beeinträchtigung der Gesundheit, die über einen längeren Zeitraum hin medizinischer Behandlung bedarf und unter Umständen zu Arbeitsunfähigkeit führt. Letztere resultiert, wie auch C.Z. COSIN meint, aus der Beeinträchtigung der biologischen, physiologischen oder sozialen Leistungsfähigkeit des Menschen und hindert ihn daran, seine normalen Aktivitäten fortzusetzen.

Aus sozialmedizinischer Sicht kennzeichnet M. SCHÄR eine chronische Erkrankung durch Polyätiologie, schleichenden Beginn, progredienten Verlauf, Therapieresistenz und langdauernde Invalidisierung, d.h. also, daß wir keine Heilung im eigentlichen Sinn des Wortes kennen, daß sich also die Behandlung auf Milderung und Erleichterung beschränken muß.

H.E. HESS teilt diese therapieresistenten Leiden in folgende Gruppen ein:

a) Krankheiten mit lebenslänglichen Folgeerscheinungen, z.B. Amputation, Querschnittslähmung

b) Krankheiten, deren Prozeß nicht abgeschlossen ist und deren Folgen somit nicht überschaubar sind, z.B. PcP

c) Krankheiten, die tödlich ausgehen, z.B. bösartiges Tumorleiden.

Alle diese Gruppen sind vom medizinischen Standpunkt durch drei Arten der Veränderungen charakterisiert (nach W. Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch):

a) Morphologisch: morphologische Veränderung ist die Folge einer fehlerhaften Struktur der morphologischen Elemente des Körpers, z.B. der Organe (MORGAGINI, 1761) oder der Gewebe (BICHAT, 1801) oder der Zellen (VIRCHOW, 1858).

b) Funktionell: Funktionelle Veränderung ist die Folge eines Versagens der Regelung und Steuerung im Organismus.

c) Organisch: Organische Veränderung beruht auf variablen Reaktionsweisen des Organismus, die sich in einer Störung des harmonischen Zusammenwirkens der Organismusglieder zeigt.

B PSYCHISCHE AUSWIRKUNGEN CHRONISCHER ORGANKRANKHEITEN

a) Reaktiv

Die negative Einstellung, in der Krankheit als höchst überflüssig erscheint, ist die ursprünglichste und nächstliegende. Krankheit paßt nicht in das natürliche Lebensprogramm des Menschen (R. GÖRRES), sie ist ein Anschlag auf das körperliche Wohlbefinden des Menschen (H.S. ABRAM). In dieser Situation erscheint manch ein Patient als kognitiv und emotional desorganisierte Persönlichkeit (H.E. HESS).

Nähere Erläuterungen hierzu bringt B.J. LEONARD; bezugnehmend auf Leopold Bellak behauptet er, daß der Mensch Gefühle zu seinem Körper und dessen Wohlbefinden entwickle, und daß er sich dementsprechend verwirrt und geängstigt fühle, wenn äußere oder innereVeränderungen auftreten.

Dies äußert sich in folgenden psychologischen Abwehrmechanismen bzw. psychologischen Reaktionen:
Verdrängung: Der Patient meidet den Konflikt, indem er auf intellektueller oder emotionaler Ebene nicht wahrhat, daß dieser existiert. Obwohl er ganz augenscheinlich krank ist, lehnt er den Ernst dieser Tatsache völlig ab.
Rationalisierung: Der Patient versucht, die Krankheit auf intellektueller Ebene durch optimale Information zu bewältigen.
Projektion: Der Patient schiebt anderen die Schuld an seiner Erkrankung zu.
Verlagerung: Der Kranke verlagert das Hauptgewicht seiner Sorge auf ein relativ harmloses Symptom.

Introversion: Selbstbeschuldigungen und Selbstisolation stehen bei solchen Patienten im Vordergrund; Folgen sind Verlassenheitsgefühl und Einsamkeit, häufig verbunden mit Bitterkeit.

Feindseligkeit, Wut: Familienmitglieder oder Ärzte werden der bestehenden Schwierigkeiten beschuldigt; sie haben unter dauernder Kritik zu leiden, wobei der Kranke oft völlig irrationale Vorstellungen über den Krankheitsprozeß hat. Dies führt oft zur Nicht-Einhaltung der ärztlichen Therapie.

Regression, Hypochondrie: Diese Patienten werden völlig abhängig von anderen, sie weigern sich, Pflichten und Verantwortung zu übernehmen, sie schieben dabei als Erklärung immer die Krankheit vor.

Depression: Diese ist eines der vorgegebenen menschlichen Verhaltensmuster, das sich in einer ganzen Bandbreite von Symptomen widerspiegelt: pessimistische Lebenseinstellung, unklare körperliche Beschwerden, Appetitmangel, Konzentrationsstörungen, Hoffnungslosigkeit bezüglich der Zukunft, gestörte motorische Aktivitäten. Manchmal bewegen sich die Gedanken in Richtung Scham, Wertlosigkeit, Selbstablehnung, evtl. sogar in Richtung Selbstmord.
Depression ist oft eine Reaktion, wenn eine gewisse Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes als Folge der Krankheit oder als Operationsfolge auftritt, z.B. Mamma-Amputation, Rektum-Amputation mit Anlage eines Anus praeter. Die Einstellung des Patienten selbst zu seinem Körper ebenso wie das Verhalten anderer bzw. dessen Interpretation entscheiden über die Entstehung einer Depression.

Angst, Ängstlichkeit: Es handelt sich dabei einerseits um eine konkrete Angst, z.B. vor Schmerz, vor ärztlichen Eingriffen, andererseits aber um ein Gefühl der Besorgnis, der Unruhe, der Furcht vor bevorstehendem Unheil. Gerade beim Carcinom-Patienten ist diese Angst oft so überwältigend, daß er tatsächliche Therapieerfolge nicht erkennen kann.

Steigerung bereits vorhandener persönlicher Eigenschaften wie Geltungsbedürfnis, Aggression, Mißtrauen oder emotionale Labilität. Die Verstärkung dieser bereits vorher angelegten Eigenschaften entspricht einem sekundären Krankheitsgewinn (H.S. ABRAM und W.P. BEETHAM und J.R. FOSTER und G. TOURNEY und G.S. BAROLIN).

Im Gegensatz zu diesen Autoren geht G. KRÜSKEMPER von einer konkreten Erkrankung aus, nämlich der Primär chronischen Polyarthritis. Als entscheidend für den Grad des psychischen Leidensdruckes erweist sich dabei die jeweilige somatische Aktivität der Erkrankung. Dieser Leidensdruck manifestiert sich bei der PcP in folgender Trias: erhöhte soziale Introversion, gesenkte Aktivität und verstärkte Tendenz zu reaktiver depressiver Verstimmung. Auch hier wird der charakteristische Persönlichkeitshintergrund als entscheidend angesehen.

Nach R.A. KINSMAN gelingt den Patienten nur in Ausnahmefällen sofort die realistische Betrachtung der Krankheit und eine optimistische Einstellung bezüglich des Heilerfolges.

B. COSPERS bestätigt dies und hebt hervor, wie unendlich schwer dem Betroffenen die Differenzierung zwischen den tatsächlich verbliebenen Fähigkeiten und den nun gegebenen Einschränkungen fällt.

b) Habituell

Die erste Reaktion des Kranken - "höchst überflüssig" - ist und bleibt oft die einzige nach A. GÖRRES. Wer nie einen Grund sah, nach dem Sinn seines Daseins zu fragen, kann zwar von der Krankheit auf diese Frage gestoßen werden, aber auch dann muß er sie nicht an sich heran-

lassen. Krankheit drängt zwar dazu, aber sie zwingt nicht.

D.J. FELDMAN sieht eine Entwicklung aus der reaktiven Phase heraus hin zu zwei möglichen Erscheinungsbildern:

Nach der Phase der Verleugnung, notwendig, um von der Katastrophe nicht überwältigt zu werden, und der Depression, dringende Voraussetzung für eine Planung der Zukunft, verbleibt der Patient entweder in der "Rolle des Kranken", oder er vollzieht einen Wechsel hin zur "Rolle des Andersartigen"; dies ist abhängig von der Persönlichkeit und dem Lebensstil des betroffenen Patienten.

Das Verhältnis zur chronischen Krankheit wird durch Faktoren beeinflußt, die die ganze vorausgegangene Lebenserfahrung und den Lebenswillen umfassen, es wird stark davon beeinflußt, wie der Mensch vorher mit Krisen und Konflikten fertig wurde. Im wesentlichen hängt das Verhalten in der Krankheit davon ab, wie und wo der Kranke sich jetzt selbst sieht, vor allem bezüglich seiner vorherigen Lebensauffassung. Kommt es durch die Erkrankung nicht zu einem wesentlichen Aufeinanderprall mit dieser, so kann der Patient den Übergang von - krank zu anders - bewältigen. Trifft jedoch das Gegenteil zu, so mag die Aufgabe der Krankenrolle eine abschreckende oder herausfordernde Entscheidung sein.

Nach W.P. BEETHAM neigt gerade letztere Gruppe dazu, unglücklich und verbittert darüber zu sein, daß sie nicht erreichen kann, was bisherigen Wünschen entsprochen hat; sie gibt auf und ist nicht zu weiteren Versuchen bereit. Da sich diese Menschen nicht mehr bei bestimmten Aktivitäten auszeichnen können, weigern sie sich, überhaupt noch etwas anzufangen; sie ziehen sich vom Leben zurück, das Leben wird ihnen zur Last. Minderwertigkeitsgefühle, Frustration und Groll bleiben wie in der reaktiven Phase bestehen.

H.E. HESS ergänzt hierzu noch das fortbestehende Gefühl der Wert-

und Nutzlosigkeit des Körpers, der die materielle Basis für die Beziehung zur Umwelt darstellt.

Dies bestätigend beschreibt R.B. PURTILO Patienten, die ihre körperliche Integrität ganz erheblich angegriffen glauben, während ihre tatsächliche Behinderung bzw. Entstellung in den Augen anderer nur geringfügig ist. Für diese Menschen steht die große Frage im Hintergrund, ab welchem Grad der körperlichen Beeinträchtigung auch die Identität mitbetroffen ist, und wann gegebenenfalls für sie dieser Augenblick kommt. Ein Funktionsverlust kann unter Umständen, z.B. bei letalen Erkrankungen, so tiefgreifend sein, daß sich der betroffene Mensch ab diesem Zeitpunkt mehr tot als lebendig fühlt.

Die bisherigen Autoren bezogen sich auf die Patienten, die in der Kranken-Rolle verblieben waren; diesen allen ist eine eher pessimistische Stimmung gemeinsam. Sie liegen also auf der Skala, die J.F. NINNIVAGGI für die Stimmung der chronisch Kranken aufstellte, am negativen Ende.

Irgendwo zwischen diesem negativen und dem positiven Ende der Skala sind nach H.E. HESS die Menschen unterwegs, die durch übertriebene Ängste, ungerechtfertigte Klagen, irrationale Wünsche und übersteigerte Inanspruchnahme anderer auffallen. Im Gegensatz zu der oben von R.B. PURTILO beschriebenen Gruppe ist für diese Menschen der Identitätsverlust vorübergehend, denn die Persönlichkeit des chronisch-Kranken bleibt sich selbst im Verlauf seiner Krankheit nur bedingt gleich, da sie sich jeweils neu auf dem Niveau der veränderten Bedingungen konstituiert. Es handelt sich hier also um eine Suche nach der neuen Identität.

Am positiven Ende der Skala von J.F. NINNIVAGGI sieht W.P. BEETHAM diejenigen Patienten, denen der Übergang von der Kranken-Rolle zur Rolle des Andersartigen gelungen ist, die also über ihre Krankheit

triumphieren. Der Patient hat sich dazu durchgerungen, aus den verbliebenen Fähigkeiten das Beste zu machen. "Nicht das, was man verloren hat, zählt, sondern das, was einem geblieben ist."

Etwas genauer beschreibt G. TOURNEY die befriedigende Anpassung an den Streß der körperlichen Krankheit. Der Patient kann seinen Ängsten in realistischer Weise Ausdruck verleihen ohne Anflug überwältigender Angst. Seine Beziehungen zu Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden bleiben bestehen und helfen ihm. Er bleibt weiterhin am Beruf, am sozialen und persönlichen Leben interessiert anstatt völlig von seiner Krankheit eingenommen zu werden.

R.B. PURTILO erläutert die positive Bewältigung einer chronischen Erkrankung am Begriff der Hoffnung. Ein solcher Kranker, auch ein Schwerstkranker, findet immer noch etwas, auf das er hoffen kann; jedoch bezieht sich diese Hoffnung oft auf Dinge, die Gesunden völlig unverständlich scheinen, z.B. die Hoffnung, wieder Auto fahren zu können. - Hoffnung kann auch weniger faßbar sein. Bei chronisch Kranken, die kurz vor dem Tode stehen, kann die Hoffnung darin bestehen, daß man sich nach ihrem Tod ihrer erinnert und sie vermißt.

c) Gemeinschaft, Umwelt

Aus dem Erscheinungsbild und dem Verhalten des chronisch-Kranken resultieren bestimmte Veränderungen in seiner Beziehung zur Umwelt und zur Gemeinschaft, die z.T. eher aktiv vom Patienten selbst ausgehen, zum größten Teil von der Gesellschaft her bestimmt und somit dem Patienten aufoktruiert werden, z.T. aber auch aus dem Verhalten nahestehender Menschen folgen.

H. BERZEWSKI geht von den vom Patienten bestimmten Veränderungen

aus. Die Minderung der psychophysiologischen Leistungsfähigkeit führt beim chronisch-Kranken zu folgenden Erscheinungsbildern:

1) Hypochondrisches oder ängstlich getöntes, depressives Syndrom: Der eher depressive Patient fühlt sich nach Verschiebungen der Rollenfunktionen im engeren/weiteren Familienkreis bzw. im Berufsleben überflüssig, er glaubt, nicht mehr gebraucht zu werden. - Der Hypochonder agiert mit seiner Krankheit im familiären und beruflichen Raum, wobei häufig der Arzt bzw. dessen Anweisungen als Mittel zum Zweck benutzt werden. Der Patient schiebt unangenehme Pflichten und Aufgaben auf andere ab, unspezifische und persönlichkeitsspezifische Schwierigkeiten und Konfliktsituationen werden mit einer Akzentuierung der bestehenden Symptomatik beantwortet.

2) Euphorische Symptomatik bei Einschränkung der Kritikfähigkeit in bezug auf die Krankheit (H. BERZEWSKI und R.L. GORRELL): Ein solcher Patient reagiert abwehrend, unter Umständen aggressiv auf Warnungen der Umgebung (Familie - Freunde - Arzt), sich mehr zu schonen. Behandlungsvorschläge des Arztes werden nach eigenem Gutdünken und aus der eigenen Erfahrung heraus modifiziert. Alle Verordnungen, die zu einer Einschränkung der bisherigen Lebensweise führen, werden nicht angenommen; evtl. mögliche Nebenwirkungen werden als Aufhänger betrachtet, die ein u.U. heimliches Absetzen der Medikamente rechtfertigen. Auf Kritik durch andere wegen des zunehmend egozentrischen Benehmens reagiert der Kranke unbeherrscht, reizbar, verletzend. Nur die Ratschläge von Leuten, die sein Verhalten gutheißen und vorbehaltlos unterstützen, werden anerkannt; diese wenigen Menschen schätzt der Kranke nun am meisten, zu ihnen hat er den intensivsten Kontakt.

Aus beiden oben genannten Syndromen ergibt sich in sozialer Hinsicht eine zunehmende Tendenz zur Isolation. - Bei der ersten Gruppe engen

sich auf der Basis des hypochondrischen bzw. depressiven Syndroms die Interessen ein, gemeinsame Unternehmungen mit anderen, oder Hobbies verlieren ihren Reiz. Körperliche Beschwerden werden das ein und alles. Letztlich beschränkt sich der soziale Kontakt auf die regelmäßigen ärztlichen Konsultationen.

Die zweite Gruppe mit vorherrschenden Verleugnungsvorgängen isoliert sich durch unstete, unwirsche Verhaltensweisen, Egozentrik, ständige Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern oder im weiteren sozialen Raum, denn dadurch werden sie allmählich abgelehnt und gemieden.

Vom gesellschaftlichen Aspekt aus bezeichnet B.J. LEONARD den chronisch Kranken als gebrandtmarkten Menschen, der sich vom üblichen absetzt, der den gesellschaftlichen Anforderungen im Sinne der Leistungsgesellschaft nicht oder ungenügend entsprechen kann. Kürzertreten im Beruf, Leistungsminderung oder Ausscheiden aus dem Berufsleben führen zu einem Prestigeverlust, zu einer Infragestellung des Ansehens oder sogar bisher erbrachter Leistungen. Die Tatsache, nicht mehr Auto fahren zu können oder im Vereinsleben nicht mehr aktiv zu sein, etc. vollenden schließlich die soziale Diskrimination.

In diesem Sinne wirkt nach B.D. OWEN auch ein Rollentausch innerhalb der Familie, bei dem z.B. die Frau ins Berufsleben eintritt, während sich der Mann Haushalt und Familie widmet. Auch eine durch die Krankheit entstandene finanzielle Abhängigkeit von der Sozialfürsorge wirkt sich in den Augen anderer als Prestigeverlust aus.

Nach B.J. LEONARD haben eine Inkontinenz oder ein Anus praeter sehr direkte Folgen für die Betroffenen; diesen Menschen wird teilweise sehr schnell ihre Gesellschaftsfähigkeit abgesprochen, sie werden völlig verunsichert. - Auch bei Rollstuhlbenutzern stellt sich dieses Problem. Der Körper kann bei ihnen nicht mehr seine Kontakt-

funktion zur Umwelt erfüllen; der Rollstuhl kann diese Aufgabe nicht gleichwertig übernehmen, sondern ganz im Gegenteil steht er häufig trennend zwischen Patient und Umwelt.

Während sich diese gesellschaftlichen Verhaltensweisen schnell einstellen, findet nach R.B. PURTILO bei mehr persönlichen Beziehungen eine Entwicklung statt. Bei Krankheitsbeginn sind Besuche und Post noch an der Tagesordnung, aber die Gesunden ermüden, vielleicht sind sie letztlich desillusioniert, sie bemerken, daß die betroffenen Kranken tatsächlich nicht mehr in ihre Welt zurückkehren werden. Dieses langsame Loslösen hilfreicher Beziehungen ist oft das schmerzlichste Problem. Während dieses Zeitabschnitts erkennt der Kranke seine wirklichen Freunde. An diese schließt er sich nun sehr eng an, auf sie konzentriert sich nun das Kontaktbedürfnis des Kranken.

H.E. HESS schreibt den verbleibenden Bindungen therapeutischen Wert zu, sie vermindern soziales Leiden. Konkret spricht er die Bedeutung der Familie an, zu der die engste Beziehung besteht. Ohne diesen engen Kontakt kann der kranke Mensch seine Situation nicht bewältigen. - Auch die Bedeutung der Arztbesuche ändert sich für den Patienten; er sieht im Arzt eine Kontaktperson, mit der er auch persönliche Dinge besprechen will; medizinische Fakten interessieren nur zusätzlich, nie aber ausschließlich.

Insgesamt betrachtet H.E. HESS Krankheit als sozial determiniert. Abhängig von sozialen und psychischen Bedingungen, die für jedes Individuum verschieden sind, hat auch Krankheit für jeden Menschen verschiedene Bedeutung. Ausgehend von der sozialen Determination stirbt ein Patient sozial, wenn die Isolation vollständig ist.

C BEEINFLUSSUNGSMÖGLICHKEITEN CHRONISCHER ORGANKRANKHEITEN

a) Medikamentöse und diätetische Beeinflussungsmöglichkeiten

D.M. TAGLIACOZZO geht auf die seit langem bekannte Bedeutung von Verordnungen ein; diese stellen für den behandelnden Arzt eine Einflußmöglichkeit auf das Verhalten des Patienten über die zeitlich begrenzte Konsultation hinaus dar. Medikamente können eine greifbare, konkrete Antwort sein, die manchem Patienten effektiver als eine Beratung erscheint. Bei anderen Patienten spielen diätetische Verordnungen eine wesentlich größere Rolle als eine breite Palette von Arzneien; oft bedeutet eine Diät eine ansprechendere und sinnvollere Maßnahme im Leben dieser Patienten.

Beide Arten der Verordnung - Diät und Medikamente - sind geeignet, im Alltag an die Erkrankung zu erinnern und krankheitsrelevantes Verhalten zu fördern. Negativ kann sich dies dahingehend auswirken, daß die Problemnatur der chronischen Erkrankung dadurch intensiviert wird. - In welcher Richtung sich die medikamentöse oder diätetische Beeinflussung durch den Arzt äußert, hängt von sozialen und psychologischen Charakteristika des Patienten ab.

H.E. BOCK beschreibt, daß Diät noch immer als Stiefkind der modernen Medizin, aber als Wunderkind bei Außenseitern betrachtet wird. - Die Auswahl der heute zur Verfügung stehenden Medikamente charakterisiert er als Triumpf der modernen Medizin; viele früher unheilbaren Erkrankungen sind dadurch heilbar geworden. Der Arzneischatz, aus symptomatisch und kausal wirkenden Medikamenten, aus Kurz- und Langzeittherapeutika bestehend, wird international ausgetauscht und damit laufend erweitert.

Trotz dieser Vielzahl von Medikamenten mit teilweise sehr selektiver Wirkung weist H. FRANKE auf die immer gleichzeitig bestehenden Nebenwirkungen hin: "Je besser ein Medikament ist, desto schwerwiegender sind auch die Nebenwirkungen. Hat ein Medikament keine Nebenwirkungen, so ist das der Beweis für seine Wirkungslosigkeit."

b) Physikalische Beeinflussungsmöglichkeiten

Dieser Behandlungszweig teilt sich einerseits in altbewährte, größtenteils aus dem Gebiet der Naturheilverfahren stammende Verfahren, und andererseits in sehr moderne physikalisch-technische Therapiemöglichkeiten:

1) Beeinflussungsmöglichkeiten aus dem Bereich der Naturheilverfahren nach KURT HOCHSTETTER:
   Wärme
   Überwärmungstherapie bzw. sog. Fieberbad
   Kälte
   Wickel und Auflagen
   Packung, v.a. Fango-Packung
   Medizinische Bäder
   Massagen
   Bewegung, Gymnastik
   Elektrotherapie
   Höhensonne
   Reizklima im Gebirge

2) Moderne physikalisch-technische Hilfsmöglichkeiten nach H.E. BOCK:

Weit verbreitet sind solche technischen Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte, Rollstühle. Neben diesen eher einfachen Hilfen stehen dem Kranken hochkomplizierte technische Geräte bzw. Apparaturen zur Verfügung, z.B. Herzschrittmacher, Nierendialyse.
Zu diesem Bereich gehört auch das operative Arbeitsfeld, vor allem im Rahmen des Organersatzes.
Daneben spielt heute die Strahlentherapie, besonders bei der Behandlung bestimmter Tumorleiden, eine wichtige Rolle.

c) Verhaltenstherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten

S. PAPPER fordert, daß verhaltenstherapeutische Ratschläge in Form eines Programms gegeben werden. Dieses sollte individuell, detailliert, aber gleichzeitig auch so flexibel sein, wie es in Anbetracht der emotionalen, sozialen und körperlichen Umstände des Patienten möglich ist. Es sollte sich auf das ganzheitliche Wohlbefinden des Kranken beziehen und an diesem immer wieder aufs neue orientiert werden.

B.D. OWEN bezieht seine Verhaltensvorschläge auf primäre Lebensgewohnheiten. So sollte ein bestimmter Schlaf-Wach-Rhythmus angestrebt werden. Bei den Eßgewohnheiten sollte die jeweilige Menge zugunsten der Frequenz der Mahlzeiten geändert werden. Das richtige Maß an Bewegung ist ebenso zu beachten wie adaequate Bekleidung.

T.M. DEMBROSKI wendet sich Risikofaktoren wie Nikotinabusus zu. Am Beispiel der koronaren Herzkrankheit erläutert er seinen Patienten die Auswirkungen von Nikotin und versucht, durch diese Information zur Aufgabe des Rauchens zu bewegen.

S. PAPPER geht auf die Bedeutung des zwischenmenschlichen Bereichs ein. Besonders die Familie spielt eine wesentliche Rolle; sie braucht verhaltenstherapeutische Ratschläge in praktischer, beispielsweise pflegerischer Hinsicht, andererseits aber bedarf sie der Ermutigung, der psychischen Belastung standzuhalten. Verhaltensvorschläge dem Kranken gegenüber müssen oft in der Aufforderung bestehen, die Familie nicht über Gebühr zu beanspruchen.

Über das Familienleben hinaus rät S. PAPPER allen, Kontakte mit Freunden und Bekannten zu pflegen und nach Möglichkeit auch Nachmittage oder Abende außer Haus zu verbringen, um damit aus dem gewohnten Alltag herauszukommen. Dabei ist wichtig, selbst aktiv auf andere zuzugehen und nicht nur passiv auf Besuche anderer zu warten.

B.D. OWEN richtet seine Verhaltensvorschläge an diejenigen chronisch Kranken, die im Berufsleben verbleiben können; sie sollen auf das Verhältnis zwischen Arbeitsphasen und Ruhepausen entsprechend ihrem jeweiligen gesundheitlichen Zustand achten. Gegebenenfalls schlägt er eine Reduzierung der Arbeitszeit oder einen Berufswechsel vor.

R.B. PURTILO spricht die Gruppe an, die aus dem Berufsleben ausscheiden mußte. Er ermutigt, weiter aktiv zu bleiben und z.B. ein Hobby zu intensivieren. Er sieht die Möglichkeit, daß aus einer bisherigen Freizeitbeschäftigung eine neue Aufgabe erwachsen kann.

d) Psychotherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten

B.D. OWEN hebt die zunehmende Bedeutung psychotherapeutischer Aufgaben in der modernen Schulmedizin hervor. Voraussetzung dafür und damit eine der wichtigsten ärztlichen Aufgaben besteht darin, zur

Verfügung zu stehen, wenn der Patient seinen Arzt braucht. Eine große Hilfe bei der Problembewältigung ist der persönliche Kontakt und die Aussprache zwischen Arzt und Patient.

C.P. KIMBALL fordert als weitere Voraussetzung Einfühlsamkeit seitens des Arztes. Durch diese erst ist es dem Leidenden möglich, seine Sorgen, Ängste und Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

J.R. FOSTER sieht die Bedeutung des Psychotherapeuten darin, für den Patienten eine zuverlässige Person zu sein, mit der er alles, was ihn bedrückt, besprechen kann. Dadurch hofft der Psychotherapeut, die persönliche Problematik des Kranken zu mindern und auch für die Zeit zu reduzieren, in der er nicht bei dem Patienten weilt.

Psychotherapie als die verbale Heilungskomponente fordert H.E. BOCK als Bestandteil jeder Therapie. Zu jeder Zustandsdiagnose verlangt er eine Bedeutungsdiagnose, die der Multidimensionalität eines kranken Menschen entspricht. Nach der Bedeutungsdiagnose erst kann der Arzt bei der Therapie auch die psychagogische Führung des Patienten übernehmen.

Eine besondere Form der Psychotherapie ist die Logotherapie von V.E. FRANKL. Logos bedeutet Sinn, und Logotherapie eine am Sinn orientierte und den Patienten an ihm re-orientierende Psychotherapie. Diese Logotherapie sieht ihre Aufgabe darin, dem Menschen seine Einmaligkeit und Einzigartigkeit und darauf basierend auch den Aufgabencharakter seines Lebens verstehen zu helfen. Nur in dem Maß, in dem der Mensch den konkreten und persönlichen Sinn seines Daseins erfüllt, in dem Maß erfüllt er auch sich selbst. Der Arzt kann dem Kranken helfen, seinen Lebenssinn zu erkennen, oder ihn bei der Annahme seines Daseinssinnes unterstützen.

Weiterhin fordert V.E. FRANKL dazu auf, dem chronisch Kranken die Formbarkeit des biologischen, und psychologischen Schicksals zu erläutern und ihm damit zu helfen, sich nicht dem Schicksal ausgeliefert zu fühlen. Er kann ihm am Beispiel anderer Menschen die Möglichkeit des Sieges über die Krankheit aufzeigen, und ihn so aus der Einsamkeit seiner Krankheit herausführen und ihm zu einer weiteren Perspektive als der durch die Krankheit gegebenen verhelfen.

III. DIE FRAGESTELLUNG

Welche Besonderheiten (welches Schwergewicht) bilden chronisch-Kranke als Antwort auf ihr lange Zeit bestehendes Leiden hinsichtlich

a) Der Änderung ihres Lebenslaufes
b) Der Behinderungen bzw. Veränderungen durch die Krankheit
c) Ihrer Einstellung zur Krankheit
d) Der einzunehmenden Medikamente
e) Ihres Hilfsanspruches an den behandelnden Arzt

IV. PATIENTENGUT, METHODIK

A PATIENTENGUT

a) Persönliche Daten und Berufliches

In einer Allgemeinpraxis wurden 40 Patienten untersucht, von denen fast 3/4 Frauen waren. Diese waren mit wenigen Ausnahmen verheiratet bzw. verwitwet. Altersmäßig ergab sich eine Spanne zwischen 33 und 88 Jahren, jedoch überwogen die über 65jährigen sehr deutlich.

Entsprechend der Tatsache, daß die Untersuchung in ländlichem Raum stattfand, betrieben viele der untersuchten Patienten Landwirtschaft, häufig allerdings in Form der Nebenerwerbslandwirtschaft. Daraus ergab sich ganz besonders für die Patientinnen eine Doppelbelastung, da sie neben oft umfangreichem Haushalt noch Feldarbeit leisten und das Vieh versorgen mußten.

b) Krankengeschichte

Die meisten chronisch-Kranken litten nicht nur an einer Erkrankung, sondern bei der überwiegenden Zahl der Untersuchten stellten sich mehrere Leiden gleichzeitig heraus.
In abnehmender Häufigkeit gaben die Patienten Erkrankungen bzw. Behandlungsbedürftigkeit in folgenden Bereichen an:

Herz-Kreislauf-System	34
Bewegungsapparat	28
Stoffwechsel	21
Endocrinium	
Nieren mit harnableitenden Organen und Genitalbereich	9
Verdauungstrakt	8
Tumornachsorge	6
Atmungsorgane	4
Nervenkrankheiten	3
Sonstiges	2

Die Krankheitsdauer überschritt bei fast der Hälfte bereits die 15-Jahres-Grenze.

B VERFAHREN DER SAMMLUNG VERWENDETER ANGABEN

Bei einer Behandlung in der Praxis oder bei einem Hausbesuch wurden chronisch-Kranke gefragt, ob sie zu einem Gespräch über ihre gesundheitlichen Probleme, möglichst zu Hause, bereit wären. Bei positiver Antwort und nach Vorinformation anhand der Kartei fand ein Besuch bei dem Patienten statt mit dem Ziel, in Form eines zwangiosen Gespräches Antworten zu nachstehendem Fragebogen zu erhalten.

Das Wesentliche der Befragung war, daß die Patienten nicht einen Fragebogen ausfüllen mußten oder schematisch Punkt für Punkt befragt wurden, sondern, daß ein Gespräch stattfand, das in erster Linie die Patienten selbst bestimmten. Nach wenigen einführenden Worten und ganz allgemein gehaltenen Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden erzählten die chronisch-Kranken von sich aus und in von ihnen gewählter Reihenfolge, was sie bedrückte, oder was sie für wichtig hielten. Dies deckte sich größtenteils mit den Punkten des Fra-

gebogens; fehlende Punkte, unschwer festzustellen, da der Fragebogen auswendig gewußt und somit immer auf Vollständigkeit geachtet werden konnte, ließen sich durch Zwischenfragen an geeigneter Stelle beantworten. Erst nach Beendigung des Gesprächs wurde der Fragebogen aus dem Gedächtnis ausgefüllt.

C BESCHREIBUNG DER PRAXISBEDINGUNGEN

Die Untersuchung wurde in einer mittleren Allgemeinpraxis vorgenommen, die in einer ca. 15.000 Einwohner zählenden Stadt im Schwarzwald liegt. Außer Patienten aus dieser Stadt selbst wurden Kranke aus mehreren Dörfern der Umgebung mitbetreut.

Die meisten Patienten waren schon sehr lange, z.T. bereits seit Gründung der Praxis, bei diesem Arzt in Behandlung, vorwiegend wegen chronischer Leiden.

Ca. 3/4 der hier erfaßten chronisch-Kranken suchten ihren Hausarzt selbst in der Praxis auf; die meisten davon kamen regelmäßig im Abstand von ca. vier bzw. vier bis sechs Wochen. Einige kamen zu ihrem Arzt allerdings ganz unregelmäßig, d.h. nur bei Verschlechterung ihres Zustandes; diese waren jedoch deutlich in der Minderheit.

Das verbleibende 1/4 der Patienten besuchte der Hausarzt daheim. In absoluter Regelmäßigkeit im Abstand von ein bis zwei Wochen erfolgte ein solcher Hausbesuch, jeweils immer am gleichen Wochentag, so daß die Kranken den Arzt bereits fest erwarteten und auch den Angehörigen die Möglichkeit gegeben war, mit dem Arzt zusammenzutreffen, was den Kontakt Patient-Arzt-Familie wesentlich verbesserte.

Bei dem Besuch zu Hause in der vertrauten Umgebung war ein Gespräch über organische Befunde wie auch persönliche Belange des Kranken immer fester und meist noch intensiverer Bestandteil der Behandlung als in der Praxis.

Zu dem bestehenden Vertrauensverhältnis Arzt-Patient trug auch die Tatsache bei, daß dieser Arzt für seine Kranken Tag und Nacht erreichbar war.

D FRAGEBOGEN

I Vorinformationen

1. Persönliche Daten
   - 1.1 Name/Geschlecht
   - 1.2 Familienstand
   - 1.3 Alter:
   - 1.4 Frühere Tätigkeit(en)
   - 1.5 Jetzige Tätigkeit
2. Familien/Lebensverhältnisse
3. Krankengeschichte
   - 3.1 Diagnosen/Zahl der Erkrankungen
   - 3.2 Dauer der Erkrankung
   - 3.3 Krankenhausaufenthalte
   - 3.4 Therapie
     - Verhaltensmaßregeln
     - Medikamente
4. Gesamteindruck
   - 4.1 Physisch
   - 4.2 Psychisch

II. Lebenslauf bis zum Krankheitseintritt

1. Wie gestaltete sich Ihr Alltag, bevor Sie krank wurden hinsichtlich Beruf und Freizeit?
2. War Krankheit etwas völlig Neues für Sie oder erlebten Sie Krankheit bereits bei nahen Verwandten oder bei sich selbst?

III. Behinderungen und Lebensveränderungen durch die Krankheit

1. Berufsleben

1.1 Wie ist das im Moment bei Ihnen, können Sie noch so wie früher, oder merken Sie, daß Sie ein bißchen kürzer treten müssen?

1.2 Sind Sie froh, wenn die Arbeit eines Tages wieder hinter Ihnen liegt oder haben Sie noch Freude an der Betätigung?

2. Zwischenmenschlicher Bereich

2.1 Hat sich in Ihrem gewohnten Familienleben seit Ihrer Krankheit etwas geändert? (Können Sie vielleicht nicht mehr so viel wegfahren wie früher, oder haben sich z.B. beim Essen Änderungen für die ganze Familie ergeben?)

2.2 Hat sich die Familie darauf eingestellt, daß Sie jetzt etwas mehr auf Sie zugehen muß und ab und zu auch ein bißchen Rücksicht auf Sie nehmen muß?

2.3 Wie sieht es im Moment bei Ihnen am Sonntag und in der Freizeit aus: Hat sich an der Beschäftigung in der Freizeit etwas geändert, haben Sie Lust mit Freunden oder Bekannten etwas zu unternehmen?

3. Persönlicher Bereich

3.1 Haben Sie starke Schmerzen?

3.2 Ist es belastend für Sie, dauernd Medikamente nehmen zu müssen?

3.3 Haben Sie das Gefühl, anderen zur Last zu fallen?

3.4 Fühlen Sie sich manchmal als "Kranker" ausgeschlossen?

3.5 Gehen Sie sich ab und zu selbst so richtig auf die Nerven?

IV. Einstellung zur Krankheit

1. Wie haben Sie erfahren, daß Sie chronisch krank sind?
2. Wie haben Sie darauf reagiert?
   - Depressive Tendenz
   - Verleugnungstendenz
   - Integration in den Alltag
3. Hat es jemanden gegeben, der Ihnen sehr viel geholfen hat in dieser Zeit?
   - Familienmitglieder
   - Freunde
   - Arzt
4. Ist heute Ihre Krankheit noch immer so bedrückend für Sie wie zu Beginn?
5. Empfinden Sie Ihre Krankheit manchmal als etwas unheimlich, haben Sie Angst vor bestimmten Symptomen Ihrer Krankheit?
6. Ist es Ihnen unangenehm, auf Ihre Krankheit angesprochen zu werden? Wollen Sie am liebsten gar nichts davon hören?

V. Medikament als Droge

Wie stehen Sie der Einnahme Ihres Medikamentes gegenüber?

- Gleichgültigkeit
- Kritik/Abwehr
- Angst vor Unverträglichkeit oder cancerogener Wirkung
- Wünsche an das Medikament
- Sinn des Medikaments
- Fixation auf ein Mittel

VI. Hilfe durch den Arzt

1. Wie werden Sie betreut

   1.1 Brauchen Sie Ihren Arzt regelmäßig oder unregelmäßig?

   1.2 Gehen Sie selbst in die Praxis oder bitten Sie um einen Hausbesuch?

2. Nimmt der Besuch beim Arzt bereits einen festen Platz in Ihrem Alltag ein?

3. Wie gestaltet sich ein Arztbesuch?

4. Sind Sie immer froh, den Arztbesuch wieder einmal hinter sich zu haben? Ist es Ihnen am liebsten, möglichst schnell wieder aus der Praxis herauszukommen?

5. Was ist Ihnen am liebsten oder wie ist Ihnen am meisten geholfen?

   Durch
   - aktiven Rat seitens des Arztes
   - geduldiges Zuhören seitens des Arztes und die Möglichkeit, sich vieles von der Seele zu reden
   - Partnerschaftliches Verhältnis zum Arzt

Unmittelbar nach dem Gespräch wurden die gesammelten Angaben in den vorbereiteten Fragebogen übertragen; während des Gesprächs fanden keinerlei schriftliche Aufzeichnungen statt.

V. ERGEBNISSE

A ERGEBNISSE DER VORAUSWERTUNG VON UNTERLAGEN UND ALLGEMEINEN AUSSAGEN DES PATIENTEN ÜBER SICH SELBST

Abb. 1 siehe nächste Seite

Drei Viertel des untersuchten Krankengutes waren Frauen, die mit wenigen Ausnahmen verheiratet bzw. verwitwet waren und in intakten Familienverhältnissen lebten. Fast ausschließlich hatten diese Patienten die erste Lebenshälfte überschritten, über die Hälfte war bereits über 65 Jahre alt.

Gemäß der ländlichen Umgebung arbeiteten die meisten als Hausfrauen und halfen im landwirtschaftlichen Betrieb mit.

Seit Beginn der Erkrankung konnten - mit Ausnahme von fünf Patienten - alle nicht mehr die gleiche Leistung wie früher erbringen. Für die meisten bedeutete dies, daß sie ihre Tätigkeit erleichterten, d.h. daß sie entweder noch in zwei Bereichen (z.B. Haushalt und Landwirtschaft) arbeiteten, aber in reduziertem Umfang, oder daß die Betätigung auf einen Bereich beschränkt wurde. - Nur drei Patienten hatten umgeschult; immerhin sechs der Befragten waren mehr oder minder zu Passivität verurteilt.

34 der 40 befragten Kranken litten an mehreren Krankheiten gleichzeitig, die Hälfte der Patienten bereits seit über 15 Jahren, ein Viertel seit 10 - 15 Jahren.
In dieser Zeit hatten sich drei Viertel aller Kranken mindestens einmal in stationäre Behandlung begeben müssen. Bei der momentanen Überwachung durch den Hausarzt unterlagen alle Patienten einer Kombinationstherapie in Form von Medikamenten und Verhaltensmaßregeln.

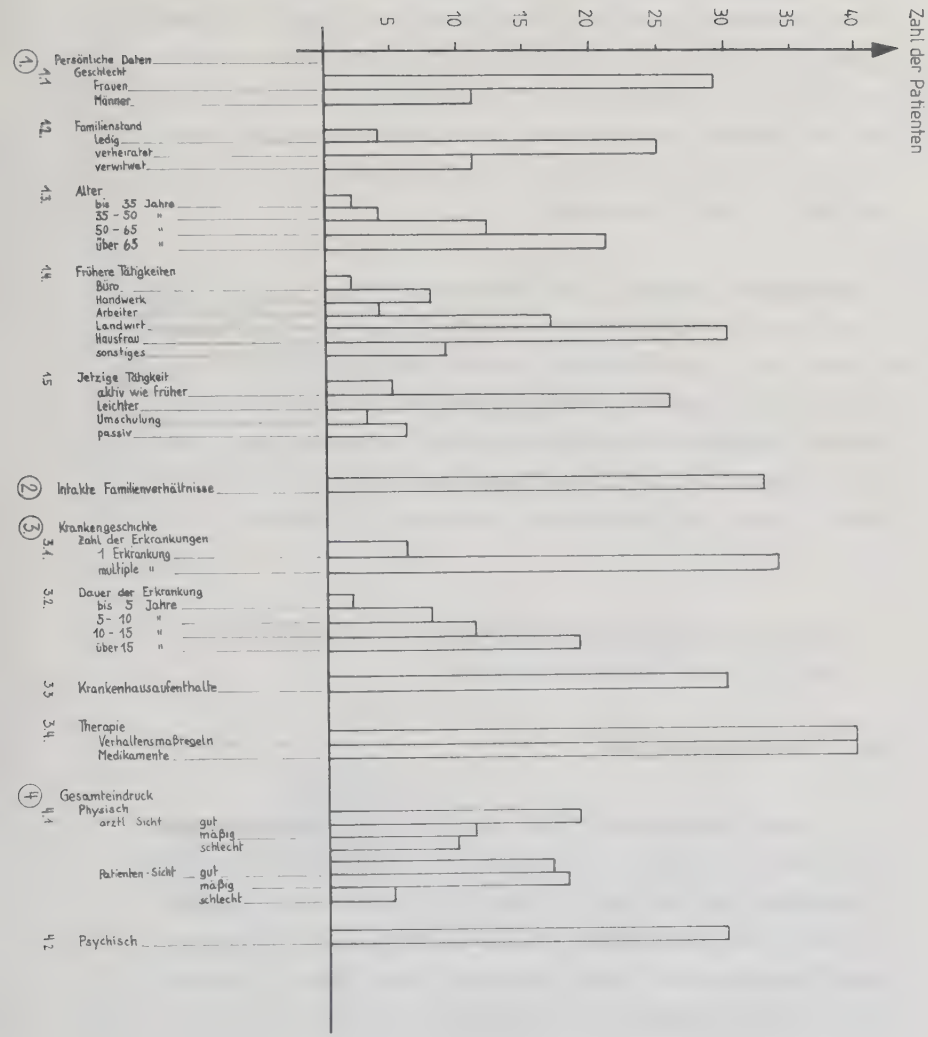


Abb. 1: Vorauswertung von Unterlagen und allgemeinen Aussagen des Patienten über sich selbst

Beim Vergleich von objektiver (= ärztlicher) und subjektiver (= persönlicher) Beurteilung des Gesundheitszustandes ergaben sich bei "mäßig" und "schlecht" recht erhebliche Unterschiede: aus ärztlicher Sicht befanden sich 11 von 40 in mäßiger Verfassung, aus der Sicht der Patienten immerhin noch 18 von 40; in schlechter Verfassung waren aus ärztlicher Sicht 10, aus der Sicht der Patienten hingegen nur 5 von 40 Befragten.

Die psychische Verfassung des chronisch Kranken wurde nach dem Kennenlernen bei einem Besuch, nach Beobachtung in der Praxis und vor allem nach einem, teilweise mehrere Stunden dauernden persönlichen Gespräch beurteilt. Dabei ergab sich, daß drei Viertel der Befragten psychisch unauffällig waren. Bei der verbleibenden Minderheit dominierten Depression und Angst. Bei zwei Patienten war ein rascher Wechsel von Euphorie und Dysphorie zu beobachten.

B ERGEBNISSE AUS DER LEBENSLAUFBESCHREIBUNG BIS HIN ZUM KRANKHEITSEINTRITT

Abb. 2 siehe nächste Seite

Für 39 von 40 Patienten hatte sich der Alltag hinsichtlich Beruf und Freizeit bis zum Beginn der Erkrankung aktiv gestaltet. Trotz dieser deutlichen Mehrheit war nur bei ca. der Hälfte der Befragten Krankheit etwas völlig Neues; ein Viertel hatte Krankheit bereits vorher bei sich selbst erlebt; die übrigen hatten längere Erkrankungen bei nahen Verwandten kennengelernt.

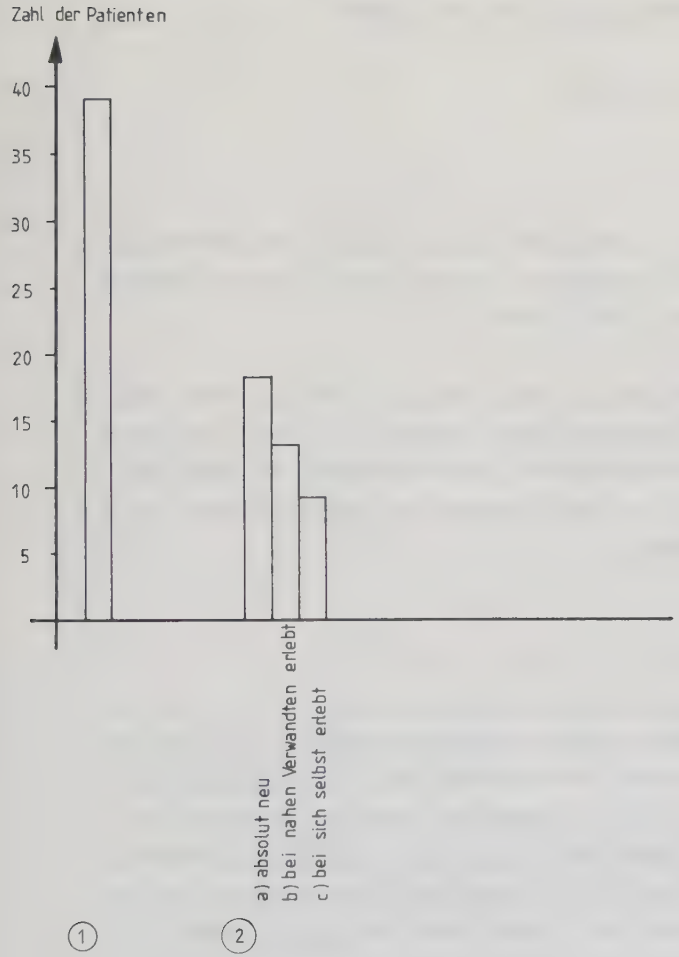


Abb. 2: Lebenslaufbeschreibung bis zum Krankheitseintritt

Erläuterungen:

ad 1: Für fast alle gestaltete sich der Alltag vor der Erkrankung aktiv

ad 2: Krankheit war für fast die Hälfte der Patienten absolut neu.

C ANGABEN ÜBER BEHINDERUNGEN UND LEBENSVERÄNDERUNGEN DURCH DIE KRANKHEIT

Abb. 3 siehe nächste Seite

a) Berufsleben

33 der 40 Patienten konnten nach eigener Angabe nicht mehr die gleiche Leistung wie früher erbringen, die Arbeit bereitete ihnen Beschwerden, und sie mußten kürzer treten.

In deutlichem Gegensatz zu dieser Tatsache stand ihre Einstellung zur Betätigung, denn nur sechs der 40 Kranken betrachteten ihre Arbeit als negativ, und sie waren froh, wenn die Tagesarbeit endlich überstanden war. Die überragende Mehrheit hatte also Freude an der noch möglichen Betätigung.

b) Zwischenmenschlicher Bereich

Im familiären Bereich traten durch die Krankheit bei 33 der 40 Befragten objektivierbare Veränderungen auf, z.B. Miteinbeziehung der Familie in die Diät, Umverteilung bestimmter Aufgaben, etc. Bei einer sogar etwas höheren Anzahl tat die Familie ein übriges, indem sie ein bißchen auf den chronisch-Kranken zuging und ihm eine gewisse Rücksichtnahme bei alltäglichen Dingen zuteil werden ließ.

Bei Betrachtung des weiteren sozialen Umfeldes, v.a. auch im Zusammenhang mit der Freizeitgestaltung, zeigte sich, daß drei Viertel der Befragten in der Freizeit weiterhin sozialen Kontakt pflegten, oder daß ein bestimmtes Hobby den gleichen Stellenwert hatte wie vorher.

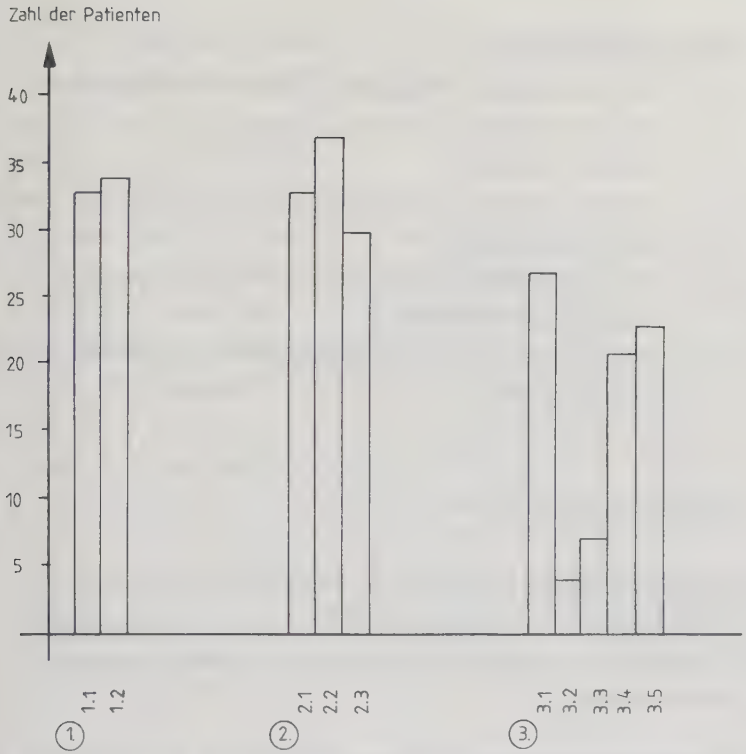


Abb. 3: Behinderungen und Lebensveränderungen durch die Krankheit

Erläuterungen

ad 1: Berufsleben

1.1: Die Mehrzahl der Patienten zeigte eine geringere berufliche Leistungsfähigkeit als früher.

1.2.: Fast die gleiche Anzahl hatte dennoch Freude an der Betätigung.

ad 2: Zwischenmenschlicher Bereich

2.1: Für die meisten Patienten ergaben sich objektivierbare Veränderungen im Familienleben

2.2: Fast immer reagierte die Familie darauf mit Rücksichtnahme.

2.3: Die Mehrzahl der Untersuchten hatte noch weiteren sozialen Kontakt oder ein intensives Hobby in der Freizeit.

ad 3: Persönlicher Bereich:

3.1: Die Mehrzahl der Patienten litt an starken Schmerzen.

3.2: Medikamenteneinnahme erwies sich nur für eine Minderheit als belastend.

3.3: Für etwa ebenso wenige zeigte sich das Gefühl, für andere eine Last zu sein.

3.4: Für die Mehrheit stellte sich ein Gefühl des Ausgeschlossenseins heraus.

3.5: Etwa gleich viele Patienten gingen sich gelegentlich selbst auf die Nerven.

c) Persönlicher Bereich

Die chronische Erkrankung war bei 27 von 40 Patienten mit starken Schmerzen verbunden. Fast ebensoviele (21) fühlten sich manchmal als "Kranke" ausgeschlossen und "gingen sich von Zeit zu Zeit selbst so richtig auf die Nerven (23)."

Diese drei Fragen scheinen in kausalem Zusammenhang zu stehen, denn 25 Patienten beantworteten mindestens zwei davon positiv, immerhin 10 Patienten bejahten alle drei Fragen.

Die medikamentöse Behandlung betrachteten nur wenige als Belastung; auch die Frage, ob sie sich als Last für andere ansähen, wurde nur von einer Minderheit bejaht.

D ERGEBNISSE ZUR EINSTELLUNG DES PATIENTEN ZU SEINER KRANKHEIT

Abb. 4 siehe nächste Seite

Die Mitteilung der Diagnose erfolgte fast ausschließlich durch den Arzt, in zwei besonders tragischen Fällen (Morbus Parkinson, Querschnittslähmung) war ein Familienmitglied als Vermittler zwischengeschaltet. Als unmittelbare Reaktion zeichnete sich bei etwa der Hälfte der Befragten eine depressive Tendenz und Angst ab; der anderen Hälfte gelang nach relativ kurzer Zeit die Integration dieser Tatsache in den gewohnten Alltag. Unabhängig davon brauchten fast alle Patienten Hilfe, die in erster Linie von Familienmitgliedern geleistet wurde, bei einem Viertel der Befragten ergänzt durch den Arzt. Während in der Folgezeit nur für 15 der 40 Patienten die Krankheit so bedrückend wie zu Anfang blieb, empfanden 35 dieser 40 Kranken doch ab und zu ein unheimliches Gefühl in Hinblick auf ihre Erkrankung oder Angst vor bestimmten Symptomen.

In Gesprächen über die Krankheit zeigten 26 der 40 Patienten Zeichen einer positiven Bewältigung. In aufgeschlossener Weise sprachen sie gelegentlich über ihre chronische Erkrankung, vor allem wenn sie von anderen darauf angesprochen wurden. - Bei den verbleibenden 14 Patienten stellte sich eine negative Bewältigung im Sinne der Überbewertung bzw. der Verleugnung ihrer Krankheit heraus. Für sie war diese zum Lebensmittelpunkt und damit zum Thema jeglichen Gesprächs geworden, oder sie mieden dieses Problem peinlichst.

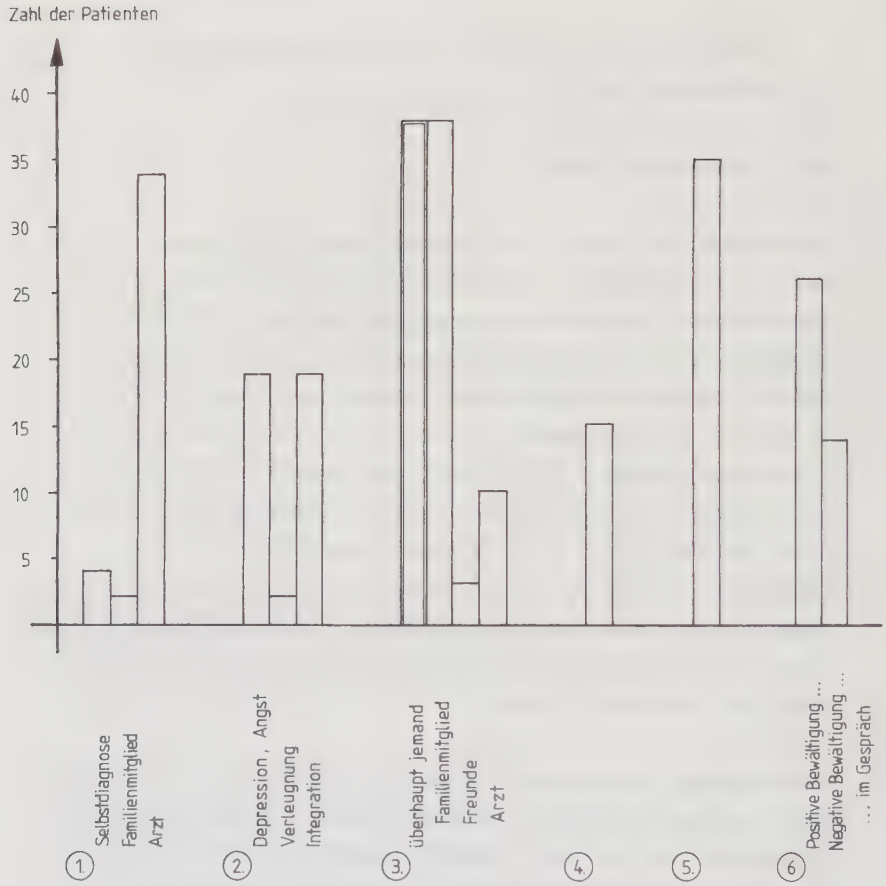


Abb. 4: Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit

Erläuterungen:

ad 1: Die Patienten erfuhren die Diagnose am häufigsten durch den Arzt.

ad 2: In gleicher Häufigkeit reagierten die Kranken darauf mit Depression und Integration in den Alltag.

ad 3: Fast alle brauchten Hilfe in dieser Zeit; die meisten fanden diese bei Familienmitgliedern.

ad 4: Für eine Minderheit blieb die Krankheit so bedrückend wie zu Beginn.

ad 5: Fast alle Patienten hatten Angst im Zusammenhang mit der Erkrankung.

ad 6: Die Mehrheit der Patienten zeigte in Gesprächen über die Krankheit Zeichen einer positiven Bewältigung.

E ANGABEN ÜBER ERWARTUNGEN GEGENÜBER EINER MEDIKAMENTÖSEN BEHANDLUNG

Abb. 5 siehe nächste Seite

Fast alle betrachteten die Einnahme ihrer Medikamente als sinnvoll.
Neun Patienten waren auf ein bestimmtes Medikament fixiert.
Sieben Patienten äußerten sich besorgt über etwaige Unverträglichkeiten, cancerogene Wirkung oder ähnliche Nebenwirkungen.
Fünf Patienten standen der Einnahme von Medikamenten ablehnend gegenüber.

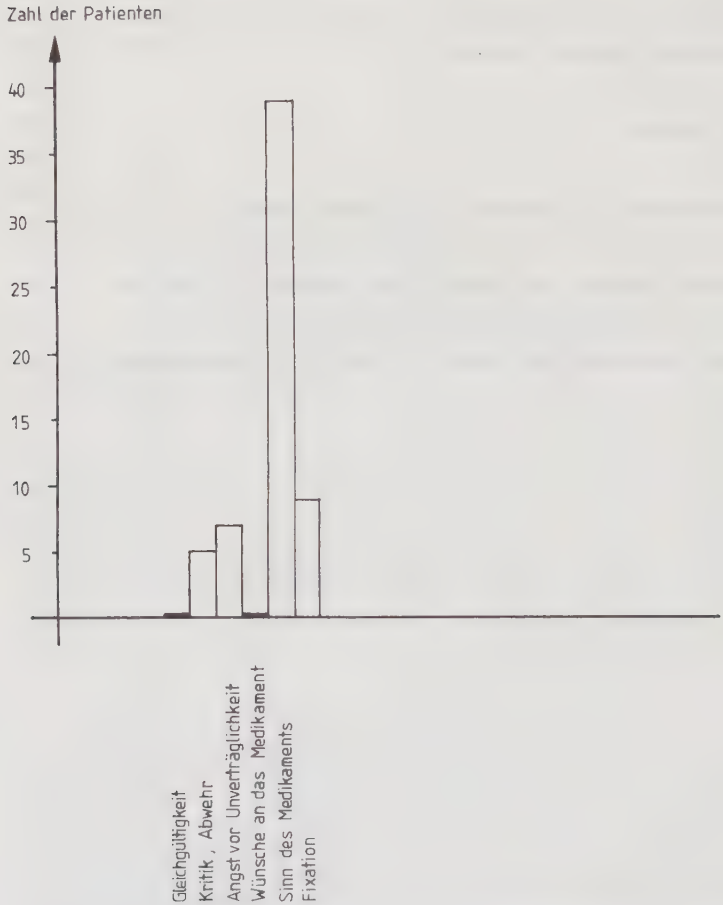


Abb. 5: Erwartungen gegenüber einer medikamentösen Behandlung

Erläuterungen:

Nahezu alle Patienten sahen die Einnahme des Medikamentes als sinnvoll an.

F ANGABEN ÜBER DEN HILFSANSPRUCH GEGENÜBER DEM BEHANDELNDEN ARZT

Abb. 6 siehe nächste Seite

Etwa drei Viertel der Untersuchten kamen regelmäßig selbst zur Behandlung in die Praxis, bei ihnen nahm der Besuch beim Arzt bereits einen festen Platz im Alltag ein; 26 von ihnen gaben von sich aus ein ausgesprochen positives Verhältnis zum Arztbesuch an. - Etwa ein Viertel der untersuchten Kranken wurde vom Arzt in regelmäßigen Abständen zuhause besucht.

Für 38 der 40 Befragten war neben den rein medizinischen Maßnahmen das Gespräch besonders wichtig.

Die detaillierte Forderung an den Arzt bestand 35mal aus aktivem Rat, 31mal aus geduldigem Zuhören. Von 27 Patienten wurde die Kombination von beidem gewünscht. Ausschließlich aktiven Rat bevorzugten fünf Patienten, ausschließlich geduldiges Zuhören forderte nur ein Kranker.

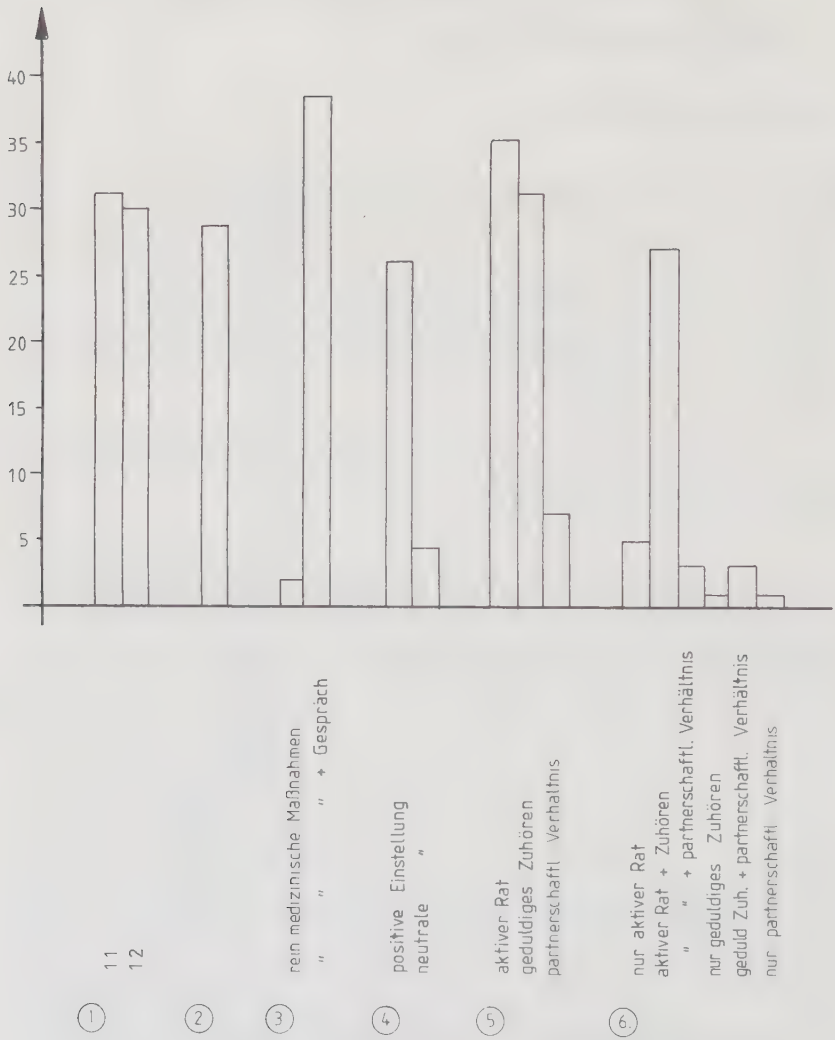


Abb. 6: Angaben über den Hilfsanspruch gegenüber dem behandelnden Arzt

Erläuterungen siehe nächste Seite

Erläuterungen zu Abb. 6:

ad 1: Wie werden Sie betreut

1.1: Die Mehrzahl der Patienten brauchte den Arzt regelmäßig

1.2: Fast gleichviele gingen selbst in die Praxis.

ad 2: Bei den meisten nahm der Arztbesuch bereits einen festen Platz im Alltag ein.

ad 3: Fast bei allen wurden rein medizinische Maßnahmen mit Gesprächen kombiniert.

ad 4: Die meisten Erkrankten zeigten eine positive Einstellung zum Arztbesuch.

ad 5: Die Mehrzahl der Patienten wünschte aktiven Rat und geduldiges Zuhören

ad 6: Die Kombination aus aktivem Rat und geduldigem Zuhören jedoch war der eigentliche Wunsch der meisten Patienten.

G ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Bei den untersuchten, meist weiblichen Patienten über 50 Jahre, vorwiegend aus ländlicher Umgebung stammend, stellte sich eine meist schon über 15 Jahre bestehende Polymorbidität heraus. Diese wurde vom Hausarzt mittels einer Kombinationstherapie behandelt, welche aus der Verordnung von Medikamenten und Verhaltensmaßregeln bestand. Meist war das subjektive Befinden der Kranken besser als der objektive Befund.

Das Leben bis zum Krankheitseintritt hatte sich vorwiegend aktiv gestaltet; etwa die Hälfte der Befragten war überhaupt noch nicht mit Krankheit in Kontakt gekommen.

Seit Krankheitsbeginn waren die Patienten mit Behinderungen und Veränderungen konfrontiert, die sich im Berufsleben in zunehmender Leistungsminderung zeigten, der allerdings eine nach wie vor positive Einstellung zur Arbeit gegenüberstand. Im zwischenmenschlichen Bereich, sowohl im familiären Sektor, als auch im weiteren sozialen Umfeld, trat eine positive Bewältigung zutage; im persönlichen Bereich hingegen wurden von sehr vielen Kranken Probleme angegeben, bedingt durch starke Schmerzen und das Gefühl ausgeschlossen zu sein.

Bei fast allen Patienten zeichnete sich bezüglich ihrer Einstellung zur Krankheit eine Entwicklung ab: Nach Mitteilung der Diagnose durch den Arzt reagierten die Kranken ganz unterschiedlich mit Depression oder dem Versuch der Integration in den Alltag; einheitlich aber ergab sich bei ihnen allen gegenüber der Familie und häufig auch gegenüber dem Arzt der Hilfsanspruch bei der Bewältigung des Problems. Für viele wurde durch diese Hilfestellung die Krankheit weniger bedrückend, aber fast bei allen blieb ein Gefühl der Unsicherheit und der Angst vor der Krankheit zurück. Dementsprechend hatte nur bei etwa der Hälfte

der Befragten die Krankheit einen "normalen" Stellenwert.

Die Einnahme von Medikamenten wurde allgemein als sinnvoll betrachtet. Konkreter waren die Angaben über den Hilfsanspruch gegenüber dem Arzt, der meist regelmäßig in der Praxis aufgesucht wurde, wobei neben rein medizinischen Maßnahmen besonders das Gespräch erwünscht war. Dieses sollte seitens des Arztes durch aktiven Rat und geduldiges Zuhören charakterisiert sein.

VI. DISKUSSION

A DISKUSSION DES AUFNAHMEVERFAHRENS

Zunächst mag die Art der Befragung, nämlich das zwanglose Gespräch zuhause bei den Patienten, überraschen. Bei der relativ geringen Standardisierung des Gesprächs ergibt sich das Problem der Objektivierbarkeit der so erhaltenen Informationen.

Der Forderung nach möglichst exakter Standardisierung wurde insoweit Rechnung getragen, als die Vorbereitungen für das Gespräch und die Erarbeitung des Gesprächsprotokolls für alle Kranken nach einheitlichen Richtlinien verlief. Dies bezieht sich auf das Kennenlernen der Patienten in der Sprechstunde und die Bitte um ein Gespräch, dessen Zeitpunkt völlig den Patienten überlassen war; ebenso stimmte die Gewinnung der Vorinformationen vor dem Gespräch überein. Diese erfolgte anhand sämtlicher vorhandener schriftlicher Niederlegungen über den Patienten. Die Niederschrift der im Gespräch erhaltenen Informationen in den vorbereiteten Fragebogen fand innerhalb der nächsten Stunden nach dem Gespräch aus dem Gedächtnis statt.

Im eigentlichen Gespräch wurde der Fragebogeninhalt individuell durch Schilderungen der Patienten oder Zwischenfragen, die ebenso individuell auf den Patienten abgestimmt waren, abgedeckt. Dies erscheint objektiver, da v.a. aufgrund des unterschiedlichen Alters der Umgang mit Fragebogen nicht einheitlich sein kann. Im Gegensatz zu jungen Menschen, denen das Prinzip von Fragebogen geläufiger ist, haben ältere Menschen diesbezüglich Schwierigkeiten.

Auch erscheint der objektive Informationsgehalt größer, wenn man den Patienten auf seine Weise berichten läßt. Denn wenn es überhaupt möglich ist, völlig zu verstehen, was gerade dieses chronische

Leiden für dieses Individuum bedeutet, so nur, wenn der Patient dies selbst mit eigenen Worten formuliert. Es ist nicht möglich, dies alles von vorneherein in ein allgemeingültiges Schema zu pressen.

Der größere Informationsgehalt entsteht auch dadurch, daß man nicht mit Fragen in den Patienten dringt, sondern daß es an ihm liegt, sich zu von ihm bestimmtem Zeitpunkt zu bestimmten Problemen seines chronischen Leidens zu äußern. Nachdem das Gespräch erst persönlichen Charakter angenommen hat, erzählt mancher Patient, ungefragt, Dinge, die innerhalb eines festen Fragenkatalogs am richtigen, für ihn aber zum falschen Zeitpunkt gefragt, nie zur Sprache kommen würden, die aber ganz wesentlich zum Verständnis der Probleme und Wünsche der chronisch Kranken beitragen.

Aufgrund dieser genannten Vorteile bezüglich des Informationsgehaltes wurde auf stärkere Standardisierung der Befragung verzichtet. Die Ergebnisse dürfen nur innerhalb dieser gemachten Einschränkungen verallgemeinert werden.

B DISKUSSION DER ERGEBNISSE

a) Lebenslauf bis zum Krankheitseintritt

Für nahezu alle Patienten gestaltete sich der Alltag vor dem Beginn der Krankheit sehr aktiv. Entsprechend der ländlichen Umgebung zeichnete sich deutlich eine Doppelbelastung, v.a. für Frauen, ab. Beide Aufgaben, Haushalt und Landwirtschaft, wurden bis ins fortgeschrittene Alter wahrgenommen. Freizeit war höchstens am Sonntag möglich.

Krankheit war trotz des aktiven und ausgefüllten Alltags vielen nichts völlig Neues. Entweder bei nahen Angehörigen, bei Freunden oder

bei ihnen selbst war Krankheit bereits erlebt worden.

Nur wenige aber zogen in Betracht, daß eine ernste Krankheit auch sie selbst einmal betreffen könnte. Viele gaben an, bei dem ausgefüllten Alltag gar nicht die Zeit gehabt zu haben, darüber nachzudenken. Kam der Gedanke daran doch einmal auf, z.B. vor einer Vorsorgeuntersuchung, so sagten sie sich, daß sie sich Krankheit angesichts ihrer Aufgaben einfach nicht "leisten" könnten. Sie "verschwendeten" deshalb nicht allzu viele Gedanken daran.

b) Behinderungen und Lebensveränderungen durch die Krankheit

1. Berufsleben:

Im Gegensatz zu dem bis zum Krankheitseintritt so ausgefüllten Alltag mußten nahezu alle Befragten seit Beginn ihrer Erkrankung kürzer treten. Dies bedeutete z.B., daß eine Patientin zwar weiterhin beide Aufgaben (Haushalt und Landwirtschaft) erfüllte, aber gröbere Arbeiten auf dem Felde wurden ihr abgenommen. - In anderen Fällen wurde ein Arbeitsbereich, z.B. die Nebenerwerbslandwirtschaft, aufgegeben.

Einige jüngere Leute hatten durch Umschulung versucht, chronische Erkrankung und Berufstätigkeit neu aufeinander abzustimmen. Dies gelang bei einem Berufssoldaten, der nach Feststellung eines iuvenilen Diabetes mellitus seinen aktiven Dienst beenden mußte; nach Kursen und Abendschule ist er nun als Verwaltungsfachmann im Innendienst der Bundeswehr tätig; er ist mit seiner neuen Tätigkeit völlig zufrieden. - Ein anderer Patient mit Herzklappenersatz wurde ebenfalls umgeschult; nach vertrauensärztlichem Gutachten ist er seiner neuen Aufgabe auch gewachsen. Er selbst brach nach einem Arbeits-

versuch ab, da er sich den körperlichen Anforderungen und dem Streß nicht gewachsen fühlte.

Nur eine Minderheit war zu völliger Passivität verurteilt; bei diesen Patienten handelte es sich ausnahmslos um Personen in sehr schlechtem Allgemeinzustand wegen folgender Krankheiten: Multiple Sklerose, schwerste Polyarthritis mit starker Behinderung und Schmerzen, Querschnittslähmung nach Unfall.

Die Mehrheit der Befragten gab trotz der Minderung der Leistungsfähigkeit an, noch Freude an den verbliebenen Aufgaben zu finden. Zum Teil wurde voller Stolz über diese Tätigkeit berichtet, zum Teil wurde trotz hohen Alters und einiger körperlicher Beschwerden diese Arbeit als völlig selbstverständlich betrachtet.

Am auffälligsten war eine 78jährige Patientin mit schwerer Polyarthritis und Myokardschaden, die fast entschuldigend berichtete, daß sie sich nach der morgendlichen Hausarbeit für eine Stunde hinlegen würde. - Nur an ausgesprochen schlechten Tagen, v.a. an solchen mit starken Schmerzen, wurde eine Betätigung als sehr lästig empfunden.

Nach A. GÖRRES erhält Krankheit im Selbstverständnis von heute ihren Stellenwert von der Gesundheit. Wer etwas vom Leben haben will, muß gesund und leistungsfähig sein.

Übereinstimmend mit R. HAIZMANN stellt sich folglich für viele chronisch Kranke die Situation recht problematisch dar, selbst wenn die Erkrankung sich allmählich und langsam einstellte. Ein langjähriger, wechselvoller Krankheitsverlauf mit oft erheblichen Leistungsminderungen ist charakteristisch. Parallel zu dieser Leistungsverminderung nimmt die Angst vor der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu; am extremsten erwartet man dies na-

türlich bei denen, die aufgrund ihrer Erkrankung zu nahezu völliger Passivität verurteilt sind.

Nach R. HAIZMANN und S. PAPPER neigen gerade letztere Patienten dann zu Lethargie und Teilnahmslosigkeit; Langeweile, nur unterbrochen durch Fernsehen dominiert. Allmählich führt dies zu völliger Resignation.

Nach H.E. HESS gilt dies auch für eine andere Patientengruppe, für die zwar bestimmte Tätigkeiten generell oder zeitweise unmöglich geworden sind, die aber diese Einschränkung allzu sehr ausdehnt. Die Ursache hierfür liegt in einem Integrationsdefizit in sowohl beruflicher wie auch sozialer Hinsicht: Durch Abwesenheit von ihrem Arbeitsplatz werden sie von Adaptationsvorgängen, die währenddessen unbewußt bei ihren Kollegen ablaufen, ausgeschlossen, was sie vor der Wiederaufnahme der Arbeit zurückschrecken läßt. - Das soziale Integrationsdefizit basiert in erster Linie auf Prestigeverlust, der durch die Leistungsminderung oder das Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgelöst wird.

Dieses in der Literatur beschriebene Integrationsdefizit bestätigte sich in dieser Untersuchung bei den außer Haus Berufstätigen; so wurden auch hier Unsicherheit bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit und Angst vor dem vorgegebenen Zeitrhythmus beschrieben.

Im Gegensatz hierzu stehen die im Haushalt bzw. in der eigenen Landwirtschaft Tätigen, denen größtenteils eine positive Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung gelang. Die Ursache hierfür ist im weiterbestehenden Kontakt mit diesen Arbeitsbereichen zu suchen; selbst eine vorübergehend Bettlägerige nimmt am Haushalt teil, z.T. sogar aktiv, z.B. durch Ratschläge. - In einem landwirtschaftlichen Anwesen ist darüber hinaus eine Umverteilung von Aufgaben

und Rollen weit eher möglich als beispielsweise in einer Fabrik. So übernehmen in dieser Untersuchung vorher aktiv auf dem Felde tätige Frauen die Hausarbeit zuhause. Selbst im fortgeschrittenen Alter war zumindest eine Mithilfe im Haushalt möglich.

Insgesamt war den Untersuchten aufgrund der Tätigkeit in der Landwirtschaft oder im Haushalt eine Umstrukturierung ihrer Ziele möglich. Statt wie zu gesunden Zeiten maximale Leistung zu intendieren, begnügten sie sich jetzt mit kleineren Aufgaben, die aber ebenso sinnvoll und nötig waren. Besonders dann konnte die Quelle der Zufriedenheit im kleinen gesehen werden, wenn die verbliebene Kraft für andere investiert werden konnte.

2. Zwischenmenschlicher Bereich:

Im familiären Bereich traten bei der überwiegenden Zahl deutliche Veränderungen infolge der chronischen Krankheit auf. Bei Diabetikern zeigte sich dies in der Miteinbeziehung der ganzen Familie in die Diät. An der Tumornachsorge beteiligte sich die Familie, indem sie das betreffende Familienmitglied in die jeweilige Klinik brachte und bei stationären Aufenthalten regelmäßig besuchte. In anderen Fällen fand ein Rollentausch statt, der erkrankte Mann blieb zuhause, während die Frau außer Haus arbeitete.

Neben diesen mehr praktischen Hilfen war die Familie auch in psychischer Hinsicht eine Stütze für den Kranken, indem sie ihm z.B. gelegentliche Reizbarkeit oder andere Verstimmungszustände nachsah und versuchte, ihm darüber hinweg zu helfen.

Die Betrachtung des weiteren sozialen Umfeldes zeigte, daß die meisten auch weiterhin Kontakt und Geselligkeit suchten. Gemeinsame Spaziergänge oder ein Gespräch über den Zaun bei der Gartenpflege

waren willkommene Abwechslungen über den Familienkreis hinaus.

Hobbies wurden von einigen als vorrangig bezeichnet; im Gespräch ergab sich jedoch oft, daß trotz der daran gewonnenen Freude ein zwischenmenschlicher Kontakt dadurch nicht aufgewogen werden konnte.

Nach H.E. HESS lebt der chronisch Kranke nicht einfach, sondern er lebt so, wie es seine Umgebung möglich macht. Was der chronisch Kranke wirklich ist, das zeigt sich nicht nur an seinem Verhalten anderen gegenüber, sondern auch am Verhalten anderer ihm gegenüber. Besonders die Reaktion der Familie ist für den chronisch Kranken von entscheidender Bedeutung. Unter Umständen ist die Einstellung anderer zu ihm bzw. seiner angegriffenen körperlichen Integrität entscheidender als die objektivierbare Schwere der Erkrankung.

Nach B.J. LEONARD zeigt sich eine positive Einstellung der Familie in angemessener Unterstützung der Therapie, sei es, daß sie bei der Handhabung eines ungewohnten Rollstuhles Hilfe leistet, oder an die regelmäßige Einnahme von Medikamenten denkt. Wichtiger als diese "praktischen Hilfeleistungen" ist für den chronisch Kranken die mitmenschliche psychische Hilfe; diese besteht in allererster Linie darin, den kranken Menschen so anzunehmen, wie er ist, und ihm behilflich zu sein, sich selbst wieder zu akzeptieren und sich realistische Ziele zu stecken. Sie muß sich darüber klar sein, daß ein chronisch Kranker die Welt jetzt zum Teil in einem anderen Blickwinkel sieht und manches anders erlebt. Letzteres gilt v.a. für eine Rollenverschiebung innerhalb der Familie. Wie gut die hierdurch entstehenden Wechselwirkungen und Spannungen abgefangen werden, hängt von der Stabilität und Harmonie des Familienlebens ab.

J.M. LAST sieht eine weitere wesentliche Aufgabe der Familie darin, dem menschlichen Bedürfnis nach Kontakt und Geselligkeit gerecht zu werden. Allzu schnell reduzieren sich die Beziehungen des Kranken auf

die Familie. Eine mögliche Ursache sieht er im Schamgefühl beim Träger eines Anus praeter. Auch der Rollstuhl als Ursache der Kontakteinengung gehört hierher. Zwar soll dieser den Bewegungsfreiraum vergrößern, die Patienten empfinden ihn jedoch häufig als zusätzliche Barriere zwischen sich und ihrer Umwelt.

Die Ziele, die in der Literatur angesprochen werden, stimmen im wesentlichen mit den Ergebnissen dieser Untersuchung überein. Die Integration in die Familie und damit auch die Hilfestellung, die die Familie bietet, konnte besonders herausgearbeitet werden. Die Patienten gehörten meist bereits der älteren Generation an und lebten entweder mit der jungen Familie im gleichen Haushalt oder zumindest im gleichen Gebäude. Ihre Probleme wurden mehr pragmatisch angegangen, indem man gerne auf ihre Mithilfe zurückgriff und ihnen noch zumutbare Aufgaben übertrug.

Das Problem des Rollstuhls stellte sich in dieser Untersuchung als schwerwiegender heraus. In der Stadt gibt es Behindertengruppen, spezielle Gymnastik u.ä. Hier versuchen die Betroffenen, sich gegenseitig Hilfestellung bei der Bewältigung ihrer Behinderung zu geben. - Entsprechend der ländlichen Umgebung hatte die Patientin dieser Untersuchung diese Möglichkeit nicht, und auch die Familie war ihr in dieser Hinsicht keine Hilfe. So war die Patientin völlig isoliert in ihrer Wohnung, die sie überhaupt nicht mehr verließ, aus Angst angestarrt zu werden und vor allem auch aus Angst vor Mitleid.

3. Persönlicher Bereich:

Ein Großteil der Patienten gab starke Schmerzen an; teilweise waren diese durch Schmerzmittel nicht zu beseitigen, die Betroffenen wußten meist aufgrund langer Erfahrung, wie sie sich am besten verhalten sollten. Oft jedoch blieb nur das Ertragen übrig.

Während dieser Schmerzphasen bezeichneten sich viele Patienten als besonders reizbar oder übellaunig anderen gegenüber. Auch mit sich selbst waren sie in dieser Zeit im unreinen. - Das Gefühl, ausgeschlossen zu sein, war häufig ebenso durch die Schmerzen bedingt.

Jüngere Diabetiker fühlten sich oft dadurch ausgeschlossen, daß sie bei Veranstaltungen oder Betriebsfesten dem Alkohol nicht so zusprechen konnten wie ihre Kollegen und dadurch auffielen. Das Gefühl des Ausgeschlossenseins in bezug auf Alkoholkonsum war größer als in bezug auf Spritzen und Diät. Einige nahmen deshalb nicht mehr an Veranstaltungen teil, andere nahmen Alkohol in größerer Menge zu sich, im vollen Wissen und Inkaufnehmen des schlechteren Befindens am folgenden Tag.

Ein Patient mit Herzklappenersatz fühlte sich dadurch ausgeschlossen, daß er, obwohl umgeschult, nicht berufstätig war, und seine Frau außer Haus arbeitete. Er glaubte sich von Nachbarn hinsichtlich seiner tatsächlichen Berufsunfähigkeit beobachtet und kontrolliert.

c) Einstellung zur Krankheit

Für die meisten hatte sich der Alltag bis zum Krankheitseintritt sehr aktiv, häufig in Form einer Doppelbeschäftigung, gestaltet. Krankheit war in dieser Zeit teilweise bei Angehörigen oder auch bei ihnen selbst erlebt worden. Enger damit auseinandergesetzt hatte sich kaum jemand.

Die Mitteilung der Diagnose erfolgte meist durch den Arzt, in Ausnahmefällen vermittelten Angehörige zwischen Arzt und Patient. Als unmittelbare Reaktion zeichnete sich häufig eine depressive Tendenz und Resignation ab. - Eine kleine Minderheit wollte die Diagnose einfach nicht wahrhaben. Diese Patienten gingen weder auf Behandlungsvor-

schläge ein, noch zeigten sie Interesse am weiteren Verlauf. - Sehr vielen gelang die Integration der Erkrankung in den gewohnten Alltag schnell. Gerade die jüngeren Diabetiker erreichten dies durch Information; sie versuchten, durch Wissen die Krankheit einerseits zu bekämpfen, andererseits mit ihr zu leben. - Ältere Patienten bezeichneten ihre Leiden oft als Altersbeschwerden, mit denen man leben müsse.

In dieser Zeit brauchten fast alle Befragten Hilfe; diese wurde meistens durch die Familie geleistet, teilweise ergänzt durch den Arzt. Es fällt auf, daß Freunde hier nur sehr selten eine Rolle spielten.

Nach dieser ersten Zeit blieb nur für einige Patienten die Krankheit so bedrückend wie gleich zu Beginn. Ursache hierfür waren eine Leistungsminderung oder die Unfähigkeit, eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen, Schmerzen oder dauernde Bettlägerigkeit. Die Tatsache, daß nur eine symptomatische Behandlung möglich war, war für eine an Multipler Sklerose Erkrankte fast unerträglich. Für eine andere Gruppe bestand der bedrückende Aspekt in der Unvorhersehbarkeit bestimmter Krankheitssymptome.

Fast allen blieb ein unheimliches Gefühl oder Angst in Hinblick auf die Erkrankung; vor allem wurde Angst vor Verschlechterung oder dem Wiederauftreten der Symptomatik angegeben, aber auch psychosoziale Folgen wurden befürchtet. Diese können in zunehmender Vereinsamung bestehen, aber auch in der Angst angestarrt zu werden oder in der Angst vor der eigenen Behinderung im Beisein anderer Leute.

In Gesprächen über die Krankheit zeigte eine Gruppe der Befragten Zeichen einer negativen Bewältigung. Die Krankheit war für sie zum absoluten Lebensmittelpunkt und damit auch zum beherrschenden Thema jeden Gesprächs geworden. Im Gegensatz dazu gab es einige, die unter keinen Umständen darüber sprechen wollten. Bei der Mehr-

heit der Patienten jedoch wurde eine positive Bewältigung deutlich. Sie sprachen ab und zu, besonders wenn sie konkret darauf angesprochen wurden, über ihre chronische Erkrankung. Es zeigte sich, daß bei den Patienten, bei denen die Krankheit zum Lebensmittelpunkt geworden war, fast ausnahmslos schwerste Einschnitte durch diese erfolgt waren, z.B. Querschnittslähmung.

Nach J.M. LAST und D.J. FELDMAN rechtfertigt die Tatsache, eine sinnvolle Rolle zu erfüllen das Verbleiben in der Familie, u.U. auch dem Freundeskreis. In gewisser Weise ermöglicht dies die Fortsetzung des vor Ausbruch der Krankheit gewohnten Lebens, wenn auch vielleicht auf sehr verkleinerter Basis. Dadurch wird es leichter, mit der Krise der chronischen Erkrankung fertig zu werden und ein neues Selbstverständnis aufzubauen, eine neue Bedeutung seiner selbst zu finden und innerhalb dieser sich mit einer zukünftigen Rolle zu identifizieren.

Nach G. TOURNEY und D.J. FELDMAN spielt die Persönlichkeit des Patienten eine bedeutende Rolle bei der Reaktion und Antwort auf das Trauma der chronischen Erkrankung. Letztlich reflektiert das Verhalten des Betroffenen seinen bisherigen Lebensstil und seine gesamte vorherige Lebenserfahrung. Steigerung bestimmter Eigenschaften (Ängstlichkeit, Geltungsbedürfnis) können durch die Erkrankung hervorgerufen werden. - Eine besondere Rolle spielt die depressive Reaktion; einerseits ist sie - nach G.S. BAROLIN - eines der vorgegebenen menschlichen Reaktionsmuster, andererseits ist sie als Begleitdepression bei manchen Erkrankungen typisch.

Nach H.E. HESS und R.B. PURTILO liegt negativen Adaptationsformen einerseits eine Minderung des Selbstwertgefühles, andererseits eine Identitätsstörung zugrunde. Der Patient erlebt bewußt das Fortschreiten seiner Krankheit in Form einer zunehmenden Wert- und

Nutzlosigkeit seines Körpers, besonders bei Störungen der Blasen- und Darmfunktion. Insgesamt sieht der Patient seine Basis, das ist in materieller Hinsicht sein Körper, in Frage gestellt.

Nach D.J. FELDMAN ist eine Identitätsstörung natürliche Folge einer durch und im Verlauf der chronischen Erkrankung veränderten Persönlichkeit; wo diese sich änderte, muß eine neue Identität gefunden und akzeptiert werden.

Obige Autoren machen es von der Diskrepanz zwischen dem Lebensstil vor und nach Krankheitsausbruch sowie von der individuellen Entwicklung abhängig, ob eine negative Adaptationsform vorübergehend oder permanent ist. Die Überwindung der Krankenrolle kann gelingen, wenn ein neuer Lebenssinn entdeckt und die krankheitsbedingten Unterschiede akzeptiert und trotzdem Würde- und Wertvorstellung beibehalten werden.

Die in dieser Untersuchung gefundenen Ergebnisse stimmen im wesentlichen mit denen der Literatur überein. Während aber in der Literatur die Gewichtung mehr auf der Identitätsstörung, auf Wert- und Nutzlosigkeit des Körpers liegt, ergab sich in dieser Untersuchung eine stärkere Gewichtung der konkreten Angst vor bestimmten Ereignissen im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung. Die Ursache hierfür ist wieder die Möglichkeit einer Betätigung und das Fortbestehen des individuellen Lebenssinnes.

d) Medikament als Droge

Nahezu ausnahmslos betrachteten alle Befragten die Einnahme ihrer Medikamente als sinnvoll. Diese so einheitlich wirkende Antwort wurde aus ganz unterschiedlichem Blickwinkel gegeben. Die Gruppe der Diabetiker, vor allem die der iuvenilen Diabetiker, hatte verstanden, warum sie dieses Medikament dringend brauchte und wußte in gewissem Rahmen auch die Dosis zu verändern. - Eine andere Gruppe war aus dem Vertrauensverhältnis zu dem Arzt heraus von der Notwendigkeit der Einnahme dieser Arzneien überzeugt; genauere Erläuterungen hielt diese Gruppe für überflüssig.

Einige der Patienten waren besorgt über etwaige Unverträglichkeiten, cancerogene Wirkung oder andere Nebenwirkungen, die teilweise vorher erlebt worden waren, z.B. Magen-Ulcera, Auslösung eines Asthmaanfalles.

Eine beträchtliche Anzahl von Kranken war auf ein bestimmtes Medikament fixiert. Besonders deutlich trat dies bei Angina pectoris Patienten und Asthmatikern hervor.

Als problematisch zeigte sich die Vielzahl gleichzeitig eingenommener Medikamente im Sinne einer symptomatischen Behandlung. Viele Patienten wollten darauf nicht verzichten, selbst wenn der Arzt in ausgiebigen Erklärungen vor zu vielfältiger Medikamenteneinnahme eindringlich warnte. Besonders der Verzicht auf Schmerz- und Schlaftabletten wurde abgelehnt, notfalls wurden diese auf eigene Kosten gekauft.

Nach D.M. TAGLIACOZZO spielt neben umfassender Beratung die Verordnung eines Medikaments eine bedeutende Rolle; diese ist eine

von vielen Interaktionsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patient. Sie ist eine greifbare Antwort des Arztes. Die Einnahme des Medikaments erinnert an krankheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensumstände. Dies kann sich positiv und negativ auswirken; positiv insofern, als der Kranke durch das Erinnert-werden aktiv ein übriges tut und auch, spätestens wenn das Medikament zur Neige geht, an die ärztliche Konsultation denkt. Der negative Effekt kann darin bestehen, daß für den Patienten die Krankheit und alles damit Zusammenhängende zum Lebensmittelpunkt werden kann.

T.M. DEMBROSKI erläutert am Beispiel der Hypertonie die Wichtigkeit von begleitenden Erklärungen während der medikamentösen Therapie. Wegen auftretender Nebenwirkungen bei bisher symptomlosem Hypertonus neigt der Patient sehr leicht zum selbständigen Absetzen des Medikaments. Hier ist die wiederholte Erklärung und viel Geduld seitens des Arztes erforderlich.

Nach D.M. TAGLIACOZZO bestimmt das Klima der Behandlung entscheidend den Erfolg. In dieser Zeit müssen Arzt und Patient ein Ziel bezüglich der Krankheit erarbeiten; der Wert, der dann diesem Ziel beigemessen wird, bestimmt die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme und auch krankheitsrelevanter Verhaltensweisen entscheidend mit.

In der Literatur wird das Klima zwar als Basis der Behandlung betont. In dieser Untersuchung hat der zwischenmenschliche Kontakt zwischen Arzt und Patient aber eine umfassendere Funktion. So zeigt sich die Problematik der gemeinsamen Zielfindung zwischen Arzt und Patient und der sich daraus ergebenden Folgen, also Zuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme und bei krankheitsrelevanten Verhaltensweisen, bei der überwiegenden Zahl der Patienten nicht

so deutlich. Die Ursache hierfür mag bei den überwiegend älteren Patienten zu finden sein, die sich aus dem Vertrauensverhältnis zum Arzt heraus einfach auf diesen verlassen.

e) Hilfe durch den Arzt

Die meisten der Untersuchten kamen regelmäßig selbst in die Praxis; der Arztbesuch nahm bei ihnen einen festen Platz im Alltag ein. Diejenigen, die nicht selbst kommen konnten, wurden vom Hausarzt in ganz regelmäßigem Abstand besucht. Dies ermöglichte den Patienten, sich auf den Arzt vorzubereiten. Die Regelmäßigkeit der Besuche war auch für die Miteinbeziehung der Familie in die Therapie wichtig; ein Gespräch mit dem Arzt konnte so geplant werden.

Wichtig war in diesem Zusammenhang, daß der betreuende Arzt seinen Patienten dauernd zur Verfügung stand. Über Zeiten der Abwesenheit informierte er seine Patienten rechtzeitig.

Bei der Frage nach dem Ablauf des Arztbesuches gaben die meisten medizinische Maßnahmen als erstes an. Regelmäßigen Blutdruckkontrollen standen die Patienten recht positiv gegenüber, während die Blutzuckertests häufig als Gewissensfrage aufgefaßt und entsprechend ungern in Kauf genommen wurden. - Obwohl an zweiter Stelle genannt, war für die meisten das Gespräch mindestens ebenso wichtig. Eventuelle Therapieänderungen wurden dabei ebenso besprochen wie Schwierigkeiten im persönlichen Bereich.

Häufig wurde an den Arzt der konkrete Wunsch nach einer genauen Anweisung herangetragen, aber auch die Funktion des Arztes als Zuhörer war wichtig, besonders wenn es um ganz persönliche Probleme

ging. Es war auffällig, daß gerade die Kombination aus diesen beiden Wünschen sehr oft gefordert war. Wider Erwarten spielte der Vorschlag, in partnerschaftlichem Verhältnis mit dem Arzt zu stehen, eine sehr untergeordnete Rolle, höchstens iuvenile Diabetiker wünschten dieses.

Nach M. B. MILLER und H.E. BOCK darf die ärztliche Behandlung nicht nur auf die Verordnung von Medikamenten beschränkt bleiben. Da sie Heilung nicht nur auf das morphologische Korrelat der Krankheit beziehen, fordern sie, die Vielfalt der Details individuellen Leidens mit einzubeziehen und ein der menschlichen Persönlichkeit würdiges Klima zu erhalten.

Diesbezüglich verlangt A. MITSCHERLICH, daß Wirkungen und Rückwirkungen der ärztlichen Tätigkeit im sozialen Handlungsraum dauernd kritisch reflektiert werden, um folgenden Fehlverhaltensarten vorzubeugen.

Als eine solche beschreibt H.S. ABRAM übermäßige Besorgnis und Betroffenheit seitens des Arztes, wodurch beim Patienten Regressionstendenzen stimuliert werden können.

Ergänzend hierzu beschreibt R. HAIZMANN die Folgen von Mitleid seitens des Arztes, die in einem weiteren Abbau der Selbstsicherheit des Betroffenen bestehen.

Nach B. COSPERS gehört mangelnde Empfindsamkeit ebenfalls in diesen Bereich, besonders die Ermahnung hinsichtlich Geduld, die sowieso schon bis zum Zerreißen beansprucht wurde. - Auf widersprüchliche Angaben und die Erweckung irrealer Erfolgsaussichten reagieren die Betroffenen mit Mißtrauen.

P.R. DODGE beschreibt auch eine gewisse Enttäuschung beim Arzt, daß trotz Anwendung aller medizinischer Errungenschaften keine Heilung oder wenigstens konstante Besserung erzielt werden kann; daraus kann Ablehnung gegenüber dem Patienten resultieren.

V.E. FRANKL erläutert anhand eines geometrischen Vergleichs, daß ein positives Behandlungsklima nur dadurch geschaffen werden kann, daß der Arzt seinen Patienten in dessen Multidimensionalität sieht. Projiziert man eine Pyramide aus dem Raum in zwei Ebenen, entstehen Dreiecke und Vierecke. Trotzdem kann man nicht behaupten, eine Pyramide bestehe nur aus Dreiecken und Vierecken, sondern es ist doch ganz wesentlich, daß die Pyramide dimensional mehr ist. Ganz analog das Wesen des Menschen, das genauso wenig einfach aus Leib und Seele besteht. Man kann höchstens versuchen, das Wesen des Menschen aus dem Raum des eigentlich Menschlichen in die Ebene des Somatischen oder Psychischen hineinzuprojizieren. Letzteres ist das Typische der Wissenschaften; diese sehen gern von der vollen Dimensionalität der Realität ab und begeben sich in eine fiktive, unidimensionale Welt. Für den Arzt aber muß die Multidimensionalität der Menschlichkeit des Patienten spätestens dann wieder im Vordergrund stehen, wenn eine rein wissenschaftliche Untersuchung (z.B. der Augen) beendet ist.

Nach V.E. FRANKL und D.J. FELDMAN ist Voraussetzung für den Arzt, daß er neben der Zustandsdiagnose die Bedeutungsdiagnose stellt, das ist die Bedeutung der Krankheit als persönliches Ereignis für den Patienten in historischer (Vorgeschichte, Zukunft), beruflicher und sozialer Hinsicht.

VIRCHOW faßt dies zusammen: "Die Medizin ist bis in ihre tiefsten Wurzeln eine soziale Wissenschaft (Zitat)".

Auf dieser Bedeutungsdiagnose basierend fordert C.P. KIMBALL vom Arzt, daß er versucht, die Gefühle des Kranken nachzuempfinden und ihm beizustehen, u.U. sogar mit ihm zu leiden.

Auch V.E.FRANKL verlangt den Arzt in seiner ganzen geistigen Haltung, in seiner konkreten weltanschaulichen Position, aus der heraus er dem Patienten Rede und Antwort steht.

Das Prinzip der Logotherapie nach V.E. FRANKL besteht darin, dem Menschen zu helfen, seinen Daseinssinn zu finden, seinen konkreten, personalen Lebenssinn zu erkennen, der auf der Tatsache beruht, daß jedes Menschenleben in seinem Dasein einmalig und in seinem Sosein einzigartig ist.

Die Multidimensionalität des chronisch Kranken zu sehen, war in dieser Untersuchung besonders gut möglich, da der Arzt fast ausnahmslos den Patienten über einen langen Zeitraum behandelte und somit auch einen Teil des Lebenslaufs überblicken konnte. Dies bedingte ein starkes Vertrauensverhältnis. Darüber hinaus betreute der Arzt im allgemeinen die ganze Familie und wußte somit auch über familiäre Hintergründe oder Probleme Bescheid. Oft ahnte der Hausarzt, warum eine Verschlechterung eintrat; der Patient brauchte gar nichts zu sagen.

Die Hilfe beim Finden einer Lebensaufgabe war nicht sehr häufig erforderlich. Entsprechend der Tatsache der vorwiegenden Tätigkeit in Haushalt und Landwirtschaft fanden die meisten ein neues oder abgewandeltes Betätigungsfeld und erkannten damit auch ihren Lebenssinn.

C KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAKTISCHE ANWENDUNG DER ERGEBNISSE

1) Als weniger wichtig stellt sich in dieser Untersuchung der Wunsch nach einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient dar.
Auch bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation, die sich durch die Diagnosestellung ergibt, nehmen diese Patienten primär die Hilfe der Familie in Anspruch. Das gleiche gilt für das Festlegen neuer Lebensziele. Der Arzt wird hier erst an zweiter Stelle gebraucht.

2) Gemäß dem Vorgesagten erweist es sich als wichtig, daß die Familie entsprechend den jeweiligen Möglichkeiten in die Therapie miteinbezogen wird. - Als besonders bedeutsam stellt sich die Kontinuität der Betreuung dar. Sie erlaubt nämlich eine laufende Aktualisierung der Anamnese und eine daran orientierte aktuelle Therapie. Voraussetzung hierfür ist ständige Verfügbarkeit seitens des Arztes.
Ebenso wichtig ist die Aufklärung des Patienten, die sich in erster Linie auf die Krankheit beziehen sollte. Diese wird dadurch für den Betroffenen faßbarer, und er kann sich darauf einstellen.

3) Am wichtigsten ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Darauf basierend fordert der Kranke eine konkrete ärztliche Anweisung, an die er sich halten kann. Besonders stark ist der Arzt auch in seiner Rolle als Zuhörer gefordert. Sie eröffnet dem Patienten die Möglichkeit, Belange, Gefühle und Ängste zum Ausdruck zu bringen und diese mit dem Arzt in strengster Vertrautheit zu teilen.

VII. ALLGEMEINE ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Untersuchung von 40 Patienten, von denen die meisten schon seit langer Zeit an mehreren Krankheiten litten, wurden, ausgehend vom Leben bis zum Krankheitseintritt, Behinderungen und Veränderungen durch die Krankheit im beruflichen und im privaten Bereich erfragt. Von der Einstellung zur Krankheit ausgehend, die zum Teil mehrere Entwicklungsstadien durchlief, wurden die Hilfsmöglichkeiten durch das Medikament einerseits, durch den Arzt andererseits aus der Sicht des Patienten erarbeitet.

Die soziale Determination der chronischen Krankheit wurde in der Bedeutung klar, die eine sinnvolle, von der Umwelt anerkannte Tätigkeit bei der Bewältigung der Erkrankung hat. Die Problematik der geminderten Leistungsfähigkeit und des Integrationsdefizits wurden hierbei angesprochen.

Das Verhältnis zur Krankheit wird von der Persönlichkeit, dem Lebensstil des Betroffenen und der bisherigen Lebenserfahrung beeinflußt. Eine negative Adaptation kann sich in einer fortgesetzten Minderung des Selbstwertgefühls und einer Identitätsstörung zeigen.

Durch die Hilfe der Familie wird die Einstellung zur Krankheit ganz wesentlich mitbestimmt. Diese Hilfe besteht in erster Linie in der Akzeptierung des Kranken und der Aufgabe, dem Kranken zu sozialem Kontakt zu verhelfen.

Die Verordnung von Medikamenten, verbunden mit individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmten Erläuterungen sowie deren positive und negative Auswirkungen wurden diskutiert, ebenso das Problem der Vielzahl gleichzeitig verordneter Medikamente.

Anhand von Faktoren, die ein negatives Behandlungsklima bedingen, wurde die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Behandlung des kranken Menschen dargestellt. Der Arzt sollte diesen in seiner Multidimensionalität sehen, und neben der Zustandsdiagnose unbedingt die Bedeutungsdiagnose erkennen.

Diese ganzheitliche Behandlung, deren Voraussetzung die Beständigkeit der Betreuung ist, ist durch therapeutische Einheit zwischen Arzt und Patient, wobei der Arzt dem Kranken Rede und Antwort steht, und durch eine vertrauensvolle Beziehung und Offenheit gekennzeichnet.

VIII. LITERATUR

ABRAM, H.S.: The psychology of chronic illness
J Chron Dis 25 (1972), 659 - 664

BAIN, D.J.G.: Doctor-patient communication in general practice consultations, Medical Education
10 (1976), 125 - 131

BAROLIN, G.S., D. SAURUGG: Begleitdepressionen bei nicht-psychiatrischen Krankheiten, Münch. Med. Wochenschr.
118 (1976), 975 - 982

BARTON, K., R.B. CATTELL: Personality before and after a chronic illness, J Clin Psychol 28 (1972), 464 - 467

BECK, D.: Das "Koryphäen-Killer-Syndrom",
Dtsch. Med. Wochenschr. 102 (1977), 303 - 307

BEETHAM, W.P.: The renewal of hope in chronic illness,
Lahey Clin Found Bull 17 (1968), 159 - 163

BERZEWSKI, H.: Psychologische und psychosomatische Probleme bei fortgeschrittenen Herz- und Kreislauferkrankungen,
Med. Welt 27 (1976), 2029 - 2033

BLEULER, M., J. WILLI, H.R. BÜHLER: Akute psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten,
Thieme, Stuttgart, 1966

BOCK, H.E.: Zur Therapie des Unheilbaren,
Schweiz. Med. Wochenschr. 100 (1970), 2049 - 2056

COSIN, L.Z.: Probleme längerer Arbeitsunfähigkeit und chronischer Krankheit, Z. ges. Hyg. 20 (1974), 327 - 333

COSPERS, B.: The Yo-Yo-Faktor in chronic illness, Nurs.Forum 13 (1974), 207 - 212

DEMBROSKI, T.M.: Clarification of the relationship between the development and modification of life-style and chronic disease: Is it possible? Weiss, S.M., ED. Proceedings of the National Heart and Lung Institute,Working Conference on Health Behavior. Bethesda, NIH, 1975

DODGE, P.R., M. ADAMS: Teaching compassion for the chronically ill, N. Engl. J. MED. 287 (1972), 205-206

FELDMAN, D.J.: Chronic disabling illness: A holistic view, J. Chron. Dis. 27 (1974), 287-291

FORDYCE, W.E.: Behavioral concepts in chronic pain and illness. DAVIDSON, P.O., ED:The behavioral management of anxiety, depression and pain, NEW YORK, Brunner/Mazel, 1975

FOSTER, J.R.: To die young, to die old: Management of terminal illness at age 20 and age 85: Case reports. Death and dying in a 20-year-old woman. J. Geriatr. Psychiatry 8 (1975), 111 - 126

FRANKL, V.E.: Ärztliche Seelsorge, Deuticke, Wien, 1971

FRANKL, V.E.: Psychotherapie in der Praxis, Deuticke, Wien, 1961

GÖRRES, A.: Der Kranke, Ärgernis der Leistungsgesellschaft, Patmos, Düsseldorf, 1971

GOLDSTEIN, A.M.: The subjective experience of denial in an objective investigation of chronically ill patients, Psychosomatics 13 (1972), 20 - 22

GORRELL, R.L.: The chronic pain patient : Victim or villain, Ariz. Med. 32 (1975), 821 - 822

GUIRDHAM, A.: Krankheit als Schicksal, Karl-Alber, Freiburg/München, 1960

HAIZMANN, R.: Die Resozialisation des chronisch Kranken, Münch. Med. Wochenschr. 114 (1972), 1741 - 1745

HESS, H.E.: Probleme der psychischen und sozialen Situation des unheilbar Kranken, Dtsch. Krankenpflegez. 29 (1976), 479 - 483

HOCHSTETTER, K.: Einführung in die Homöopathie, Johannes-Sonntag, Regensburg, 1978

JORES, A.: Der Mensch und seine Krankheit, Ernst-Klett, Stuttgart, 1956

KENNEDY, E.J.: Managing the hypertensive patient: Report of a study, Milit. Med. 140 (1975), 795 - 796

KIMBALL, C.P.: The ethics of personal medicine, Med. Clin. North. Am. 61 (1977), 867 - 877

KINSMAN, R.A., N.F. JONES, J. MATUS, R.A. SCHUM: Patient variables supporting chronic illness J. Nerv. Ment. Dis. 163 (1976), 159 - 165

KRUESKEMPER, G., H. ZEIDLER: Testpsychologische Untersuchungen an Patienten mit chronischer Polyarthritis, Dtsch. Med. Wochenschr. 100 (1975), 1833 - 1837

LAST, J.M.: Teaching about chronic illness and aging, CLARK, D.W., WILLIAMS, T.F., ED.: Teaching of chronic illness and aging, Bethesda, NIH, 1976

LEONARD, B.J.: Body image changes in chronic illness, Nurs. Clin. North. Am. 7 (1972), 687 - 695

MILLER, M.B.: Decision-making in the death process of the ill aged, Geriatrics 26 (1971), 105 - 116

MITSCHERLICH, A.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1972

MOSER, M.: Hypertension: A model for education in chronic illness, J. Lab. Clin. Med. 87 (1976), 739 - 740

NIEHOFF, J.U.: Die Sprechstundentätigkeit des Facharztes für Allgemeinmedizin, Z. Ärztl. Fortbild. (Jena), 70 (1976), 1283 - 1288

NINIVAGGI, F.J., R. HARRIS: Attitudes toward living and death. In chronic cardiovascular disease. N.Y. State. J. Med. 76 (1976), 1493 - 1496

OWEN, B.D.: The middle years: Coping with chronic illness, Am. J. Nurs. 75 (1975), 1016 - 1018

PAPPER, S.: A "program" for the chronically ill. J. Chron. Dis. 27 (1974), 175 - 176

PURTILO, R.B.: Similarities in patient response to chronic and terminal illness, Phys. Ther. 56 (1976), 279 - 284

ROBINS, A.H.: Are stroke patients more depressed than other disabled subjects?, J. Chron.Dis. 29 (1976), 479 - 482

ROTHSCHUH, K.-E.: Was ist Krankheit?, Wissenschaftl. Buchgesellsch., Darmstadt, 1975

SCHAER, M.: Die sozialmedizinischen Aspekte der chronischen Krankheiten, Bibl. Tuberc. Med. Thorac. 25 (1969), 43 - 49

STEWART, M.A., BUCK, C.W.: Physicians' knowledge of and response to patients' problems, Med. Care 15 (1977), 578 - 585

TAGLIACOZZO, D.M., K. IMA, J.C. LASHOF: Influencing the chronically ill: The role of prescriptions in premature terminations of outpatient care, Med. Care 11 (1973), 21 - 29

TOURNEY, G.: Emotional reactions to chronic disease with emphasis on patients suffering from cancer, Northwest Med. 68 (1969), 938 - 943

WENNERHOLM, M.A., T.H. ZARLE: Internal-external control, defensiveness, and anxiety in hypertensive patients, J. Clin . Psychol 32 (1976), 644 - 648

WILSON, W.P., D.G. BLAZER, B.S. NASHOLD: Observations in pain and suffering, Psychosomatics 17 (1976), 73 - 76

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. L. Maiwald für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und deren intensive Betreuung, die sich vor allem in zahlreichen Diskussionen mit wertvollen Hinweisen äußerte.

Herrn Dr. med. U. Brosius und seiner Frau danke ich für die Möglichkeit, im Rahmen einer Famulatur in ihrer Praxis mitzuarbeiten und ihre Patienten kennenzulernen. Die vielen so zustande gekommenen, vertrauensvollen Gespräche bilden die Grundlage meiner Arbeit.

LEBENSLAUF

Am 3. März 1956 wurde ich, Eva-Maria Härtig, in Karlsruhe geboren. Meine Eltern sind Dr. med. Otto Härtig, praktischer Arzt in Grünsfeld, verstorben am 22. März 1966, und seine Frau Hildegard, geb. Philipp.

Nach Besuch der Grundschule in Grünsfeld von 1963 - 1966 trat ich in das Matthias-Grünewald-Gymnasium in Tauberbischofsheim ein. 1970 wechselte ich in das Deutschordens-Gymnasium in Bad Mergentheim, wo ich 1975 das Abitur ablegte.

Im WS des gleichen Jahres immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. Die Ärztliche Vorprüfung bestand ich 1977; den 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung legte ich 1978, den 2. Abschnitt 1980 ab. Mein praktisches Jahr verbrachte ich in Würzburg an der Missionsärztlichen und an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik. Nach bestandenem 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erhielt ich am 10. November 1981 meine Approbation.

Seit 1.3.1982 arbeite ich an der Kinderchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums in Karlsruhe.

Würzburg, den 24. Mai 1982

Druckerei A. Staudenraus Würzburg